

# Upoznatost djece predškolske dobi i odgajatelja s kroničnim bolestima

---

**Fotez, Lidija**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2016**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:182237>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-10-03**

*Repository / Repozitorij:*

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
UČITELJSKI FAKULTET  
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI  
STUDIJ**

**LIDIJA FOTEZ  
ZAVRŠNI RAD**

**UPOZNATOST DJECE PREDŠKOLSKE  
DOBI I ODGAJATELJA S KRONIČNIM  
BOLESTIMA**

**Čakovec, lipanj 2016.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
UČITELJSKI FAKULTET  
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ  
(ČAKOVEC)**

**PREDMET: Zaštita zdravlja i njega predškolskog  
djeteta**

**ZAVRŠNI RAD**

Ime i prezime pristupnika: Lidija Fotez

TEMA ZAVRŠNOG RADA: **UPOZNATOST DJECE  
PREDŠKOLSKE DOBI I ODGAJATELJA S KRONIČNIM  
BOLESTIMA**

MENTOR: izv. prof. dr. sc. Milivoj Jovančević

SUMENTOR: prim. mr. sc. Marija Hegeduš-Jungvirth, dr. med. spec.  
pedijatar

**Čakovec, lipanj 2016.**

## SADRŽAJ

SADRŽAJ .....	3
Sažetak .....	4
Summary .....	5
1. UVOD .....	6
2. KRONIČNE BOLESTI I DJEČJI VRTIĆI .....	9
2.1 Problematika kroničnih bolesti u dječjoj dobi.....	9
2.2 Epilepsija .....	10
2.3 Bronhalna astma .....	11
2.4 Dijabetes melitus tip I.....	13
2.5 Glutenska enteropatija (celijakija).....	14
2.6 Pomoć odgajatelja djeci s kroničnim bolestima .....	15
3. CILJ .....	18
4. HIPOTEZA .....	19
5. METODE RADA .....	20
5.1 Uzorak ispitanika.....	20
5.2 Uzorak varijabli .....	20
5.3 Način prikupljanja i obrade podataka.....	29
6. REZULTATI .....	30
7. RASPRAVA .....	41
8. ZAKLJUČAK.....	47
LITERATURA.....	49
Kratka bibliografska bilješka .....	51
Izjava o samostalnoj izradi rada	
Izjava o javnoj objavi rada	

**Sažetak:** Cilj ovog istraživanja je utvrditi razinu upoznatosti djece predškolske dobi i odgajatelja s kroničnim bolestima djece u vrtiću. Postavljene su dvije nulte hipoteze. Jedna je glasila kako odgajatelji u dječjim vrtićima posjeduju primjereno znanje o kroničnim bolestima i intervencijama koje iziskuju, dok je druga bila kako djeca predškolske dobi nisu dovoljno upoznata s kroničnim bolestima vršnjaka. Kako bi se potvrdile hipoteze istraživanja izrađene su dvije zasebne ankete – jedna za roditelje djece predškolske dobi, druga za odgajatelje zaposlene u dječjim vrtićima. U istraživanju je sudjelovalo 37 odgajatelja iz 5 vrtića iz područja sjeverozapadne Hrvatske te 62 roditelja djece u dobi od 5 do 6 godina. Rezultati pokazuju kako su odgajatelji najviše upoznati s astmom, zatim s epilepsijom, znatno manje s dijabetes melitusom tip I i celijakijom. U slučaju napadaja ili komplikacija bolesti koje mogu biti po život opasne, odgajatelji bi koliko toliko dobro postupili, osim stavljanjem olovke u usta ili držanjem djeteta kod epileptičkog napadaja te kod nesigurnosti je li hiperglikemija ili hipoglikemija, kao komplikacije dijabetes melitusa tip I. Rezultati se djelomično poklapaju s rezultatima ostalih istraživanja na tu temu. Pokazalo se kako djeca predškolske dobi nisu upoznata ni s epilepsijom, ni dijabetes melitusom, ni sa celijakijom. Vrlo malo njih, ali više spram ostalih kroničnih bolesti, je upoznato s astmom. Nedostatak je mali uzorak ispitanika, kao i sudjelovanje odgajatelja isključivo iz vrtića koji nemaju zaposlenu medicinsku sestru.

**Ključne riječi:** odgajatelj, kronične bolesti, oboljelo dijete, napadaji, upoznatost

**Summary:** The purpose of this research was to determine the level of awareness of preschool children and preschool teachers about chronic diseases among children in kindergartens. Two null hypotheses were proposed. One said that preschool teachers possess appropriate knowledge about chronic diseases and about interventions that they require, while the other said that preschool children are not enough informed about chronic diseases of their peers. To confirm these hypotheses two separate surveys were created – one for the parents of preschool children and the other for the teachers employed in kindergartens. In the survey participated 37 teachers from 5 kindergartens from the area of northwestern Croatia, and 62 parents of children in the age from 5 to 6 years old. The results show that preschool teachers are best informed about asthma, then about epilepsy and considerably less about diabetes mellitus type I and about celiac disease. In the case of a seizure or complications of a disease that can be dangerous for life, the teachers would act fairly well, with the exception of putting a pencil in the mouth or holding the child during an epilepsy seizure, and also they were confused about what is hyperglycemia and what is hypoglycemia, as complications of diabetes mellitus type I. The results are partially identical to the results of other research on this subject. The research showed that preschool children are not informed about epilepsy, nor about diabetes mellitus and celiac disease. Very few of them, but still more than about other chronic diseases they were informed about asthma. The limitation of this research is the small number of examinees and the participation of kindergarten teachers only from kindergartens that have no nurse on their staff.

**Keywords:** preschool teacher, chronic diseases, sick child, seizures, informedness

## 1. UVOD

Diljem svijeta, pedijatri i ostali stručnjaci svojim djelovanjem upozoravaju na sve veći broj djece oboljele od kroničnih bolesti. S obzirom na vrlo često postavljanje dijagnoze već u predškolskoj dobi, potreban je kompleksan pristup oboljelome djetetu u njegovoj individualnosti te obiteljskoj i socijalnoj okolini kako bi se omogućila holistička skrb koja iziskuje poznavanje i razumijevanje života, zdravlja i kapaciteta djeteta i njegove obitelji (Grgurić, 2012).

U različitim životnim razdobljima, kronične bolesti predstavljaju različite izazove. Tako se u ranoj i predškolskoj dobi djeca oboljela od kroničnih bolesti suočavaju sa strahovima koji uključuju odvajanje od roditelja i medicinske postupke. Bolesti često iziskuju hospitalizacije i izvođenje medicinskih postupaka koje dijete u toj dobi ne razumije, pa se ono mora suočavati sa strahom od novog i nepoznatog, što ne uključuje samo medicinske intervencije, već i potpuno nepoznatu okolinu (Pop-Jordanova, Fustić i Zorčec, 2008). Međutim, djeci ni socijalna okolina ne olakšava dovoljno nošenje sa specifičnim karakterom kronične bolesti. Mnogo se puta djeca osjećaju drugačijom zbog svojeg stanja, što utječe na njihove odnose s vršnjacima u skupini (Knez, Ružić, Nikšić i Peršić, 2011). Prema tome, važno je imati spoznaju da se takva djeca bore kako bi ih se doživljavalo kao i ostalu djecu, a ne kao bolest. Uz to, ona vrlo rano počinju razvijati samosvijest o svojim mogućnostima i granicama, za razliku od zdrave djeca koja to čine tek u pubertetu, što u njih ponekad izaziva negativne psihosocijalne reakcije (Juil, 2006). Istraživanja ipak pokazuju kako se djeca predškolske dobi, unatoč svemu, dobro prilagođavaju kroničnoj bolesti od koje boluju (Pop-Jordanova i sur., 2008).

Bez obzira koju kroničnu bolest dijete imalo, ono ima pravo biti integrirano u redovne programe dječjih vrtića. Tu važnu ulogu imaju odgajatelji i vršnjaci, odnosno djeca iz odgojne skupine. Odgajatelji moraju posjedovati primjerena znanja i vještine vezane uz kronične bolesti i intervencije koje iziskuju, jer su nerijetko prvi koji moraju primjereno reagirati na napadaje ili komplikacije (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009). Djeca iz odgojne skupine (vršnjaci) kronično oboljelog djeteta, imaju važnu ulogu u njegovom psihosocijalnom razvoju, jer zajedno dijele i iskazuju osjećaje, iskustva te pomažu jedni drugima. Upravo takvi suradnički odnosi pridonose socijalnom razvoju djeteta, a i olakšavaju integraciju u skupinu koja ga

sada prihvaća kao punovrijednog člana, zajedno s bolešću kao dijelom njegove osobnosti (Bouillet, 2010).

Vidljivo je kako je zaista potrebna edukacija odgajatelja, ali i djece (na njima primjeren način) o kroničnim bolestima, zbog višestrukih koristi. Pokazalo se kako zajedničko djelovanje djece i odgajatelja značajno pomaže oboljelom djetetu u više razvojnih područja (Cullen, Knowles, Price i Waldron, 2009). Tako u slučaju celijakije, odgajatelji mogu pomoći djetetu u provođenju bezglutenske dijeta zato što rade s njim u dobi kada ono pokazuje najveću suradljivost u njezinom prihvaćanju. Razlog tome je što predškolska djeca više ovise o odgajateljima u vrtiću, koji kontroliraju hranu koju unose, a i što je dijete mlađe lakše se navikne na posebnu prehranu i kasnije nema potrebu za namirnicama koje mu nisu dozvoljene (Knez i sur., 2011). Kod dijabetes melitusa tip I, odgajatelj svojim poznavanjem bolesti i njezinih akutnih komplikacija može pomoći djetetu u prihvaćanju prehrane, konkretno ADA dijeta. Što je dijete mlađe krenulo s pridržavanjem ordinirane dijeta, kasnije puno manje dolazi u krizne situacije koje znače kršenje režima prehrane. Uz to, odgajateljevo redovito mjerenje djetetove razine šećera u krvi, ne samo što nudi kontrolu glikemije, već i djetetu stvara odgovornost prema vlastitome zdravlju (Cullen i sur., 2009). Kad je u skupini dijeta s epilepsijom, odgajatelj treba educirati ostalu djecu o stanju njihovog vršnjaka, jer tako omogućuje njegovu integraciju, a i skupina ga počinje doživljavati kao svako drugo dijeta, ali s nekim dodatnim posebnostima. Osobito se preporuča razgovarati s djecom nakon epileptičkog napadaja, jer su ona puna razumijevanja kada znaju o čemu se radi. Upravo to pomaže socijalnom razvoju djeteta oboljelom od epilepsije, a i stvara mu osjećaj samopouzdanja i prihvaćenosti (Kramer, 2009). U slučaju astme, odgajatelj svojim znanjem i razumijevanjem bolesti pomaže djetetu u njezinom prihvaćanju i nošenju s ograničenjima koje nosi za sobom. To podrazumijeva izradu djeci primjerenog plakata s uputama što učiniti kada dijeta dobije astmatski napadaj. Kao i kod epilepsije, što djeca više znaju o bolesti vršnjaka, to će pokazivati više razumijevanja i podrške. Uz to, preporučljivo je da odgajatelji uključuju dijeta s astmom u fizičke aktivnosti koje su mu dopuštene i da uz pomoć djece iz odgojne skupine miče alergene ili okidače koji izazivaju astmatski napadaj (Jaramillo i Reznik, 2015).

Brajša-Žganec i Slunjski (2007) smatraju kako predškolska djeca već od najranije dobi posjeduju prosocijalno ponašanje, odnosno spremna su činiti dobrovoljna djela kako bi pomogla drugom djetetu/odrasloj osobi ili svojoj skupini. Prema tome,



odgajatelji se ne trebaju ustručavati educirati djecu svoje odgojne skupine o bolesti njihovog/njihovih vršnjaka na njima primjeren način. Njihova sposobnost prosocijalnog djelovanja oponašanjem modela iz okoline (u ovom slučaju odgajatelja, roditelja), ne samo što donosi dobrobit djetetu oboljelom od kronične bolesti, što treba biti prioritet, već donosi emocionalno blagostanje i samom djetetu koje pomaže i razumije. Upravo su osmijeh, zahvalnost i sreća prijatelja oboljelog od kronične bolesti najveća nagrada djetetu pomagaču, koje tako dobiva poticaj da nastavi prosocijalno djelovati, a i zasigurno u budućnosti, kada odraste, neće imati predrasude prema oboljelima od kroničnih bolesti (Brajša-Žganec i Slunjski, 2007).

## **2. KRONIČNE BOLESTI I DJEČJI VRTIĆI**

Godinama se smatralo da su kronične bolesti češće bolesti starijih ljudi, a ne djece (Pop-Jordanova i sur., 2008). Danas je sve veći broj istraživanja koja pokazuju kako kronične bolesti djece postaju prioritet, osobito u razvijenim zemljama, koje bilježe promjene morbiditetne slike koja sada uključuje porast kroničnih, a smanjenje akutnih bolesti. Upravo zato, pedijatri diljem svijeta, upozoravaju na važnost prevencije i adekvatne skrbi o djeci oboljeloj od kroničnih bolesti. Ipak je njihova problematika u toj dobi znatno drugačija od one kod odraslih (Grgurić, 2012).

### **2.1 Problematika kroničnih bolesti u dječjoj dobi**

Kronične bolesti su bolesti koje traju dulje od tri mjeseca (Grgurić, 2012). Međutim, kriterij trajanja sam po sebi nije dovoljan za primjerenu definiciju kroničnih bolesti u dječjoj dobi. Tako je postignut dogovor prema kojem se kronična bolest djeteta definira temeljem četiri osnovna kriterija:

- javlja se kod djece u dobi od rođenja do 18. godine
- dijagnoza se postavlja na stručno-znanstvenim kriterijima uz mogućnost potvrde u bilo kojem trenutku
- prisutna je zadnja tri mjeseca ili se u prošloj godini javila najmanje tri puta uz veliku vjerojatnost ponovnog javljanja
- visoko je otporna na terapiju (Grgurić, 2012)

Postoji mnogo vrsta kroničnih bolesti, no najveću pojavnost pokazuju epilepsija, astma, dijabetes melitus tip I te celijakija (glutenska enteropatija). Mogu biti prisutne od samog rođenja djeteta, a mogu se razviti i kasnije, tijekom djetinjstva (Pop-Jordanova i sur., 2008). Vjeruje se da je do povećanja prevalencije spomenutih kroničnih bolesti kod djece došlo zbog sve većeg onečišćenja zraka, velike prisutnosti aditiva i konzervansa u prehrani, neracionalnog uzimanja lijekova i zbog izloženosti zračenjima (Dumić i Mardešić, 2003). Vrlo često, kronične se bolesti počinju javljati već u predškolskoj dobi, što je problem, jer je to razdoblje intenzivnog razvoja djeteta, kada najmanje greške mogu rezultirati neadekvatnim ishodima (Grgurić, 2012). Osim što stvaraju tjelesna ograničenja, njihovo postojanje rezultira nepovoljnim psihosocijalnim reakcijama oboljelog djeteta i njegove okoline

(Dumić i Mardešić, 2003), jer kako god, kronična bolest je stresor na koju se moraju naviknuti i dijete i roditelj (Pop-Jordanova i sur., 2008). U tome im ne pomaže samo liječenje bolesti, već i uključenost drugih ustanova (vrtići, škole, lokalna zajednica, stručna služba – psiholog, pedagog) koje olakšavaju integraciju djeteta u svakodnevni život, jer zdravlje je dio integrativnog procesa razvoja. Prema tome, kako bi bila osigurana što viša razina zadovoljavanja potreba djeteta s kroničnom bolešću, postoje tri razine prevencije. Primarna je razina usmjerena na razvoj programa vezanog uz zdravu prehranu, nepušenje i tjelesnu aktivnost. Sekundarna je razina posvećena ranom otkrivanju rizičnih faktora i simptoma bolesti, uz poduzimanje odgovarajućih mjera kako se bolest ne bi razvila. Na kraju je tercijarna prevencija, koja nastoji ostvariti što bolju kvalitetu života djeteta s kroničnom bolešću, što uključuje pomoć pri integraciji u socijalni život (Grgurić, 2012).

## **2.2 Epilepsija**

Epilepsija je kronična bolest mozga obilježena epileptičnim napadima i vrlo često abnormalnostima u elektroencefalogramu (Škarpa, 2003). Prvi je puta opisana još u vrijeme Hipokrata, dakle u 5. st. prije Krista, što je čini jednom od najstarijih poznatih bolesti. Procjenjuje se da danas od epilepsije boluje oko 50 milijuna ljudi u svijetu, a uz to predstavlja najčešću neurološku bolest djece i adolescenata (Barišić, 2012). Prema uzroku, epilepsije se dijele na idiopatske, simptomatske i kriptogene. Idiopatske epilepsije predstavljaju veliku skupinu epilepsija čiji se primarni uzrok ne zna, stoga se pretpostavlja da u njihovom pojavljivanju ulogu ima nasljedna dispozicija. Nasuprot tome, simptomatske epilepsije nastaju kao posljedica neke bolesti ili kroničnog organskog oštećenja. Kriptogene epilepsije su parcijalne epilepsije za koje se temeljem kliničke slike i elektroencefalograma pretpostavlja da su simptomatske, ali se organski supstrat ipak ne može dokazati uz pomoć postojećih pretraga. Osnovna patofiziologija epilepsija leži u paroksizmalnoj cerebralnoj disritmiji, koja predstavlja iznenadno, ali prolazno bioelektrično pražnjenje iz skupine ganglijskih stanica. To izbijanje, odnosno pražnjenje, dolazi iz različitih područja sive tvari mozga, a može se širiti iz različitih dijelova površinskog korteksa, iz dubokih kortikalnih regija i jezgara (Škarpa, 2003).

Škarpa (2003) dalje navodi kako postoje različite vrste epilepsija, ovisno o obliku epileptičnog napada. U dječjoj su dobi najčešće benigna parcijalna epilepsija s centrotemporalnim fokusom (žarišna epilepsija), epilepsija s primarnim velikim napadom i epilepsija s apsansima (epilepsija s primarno generaliziranim napadima). **Benigna parcijalna epilepsija s centrotemporalnim fokusom** je najčešća epilepsija djece, koja se javlja približavanjem školskoj dobi. Napadaji se često pojavljuju neposredno prije buđenja, osobito ako je iza djeteta neprospavana noć, a obilježeni su različitim parcijalnim motoričkim napadima. Nakon toga često slijedi sekundarno generalizirani grand mal napad. **Epilepsija s primarnim velikim napadom** nastaje kao samostalni oblik epilepsije kod djece. Grand mal napad, kao osnovna karakteristika, najdramatičniji je od svih epileptičnih napada. Pojavljuju se toničko-klonički grčevi s gubitkom svijesti, pjena na ustima, cijanoza, grčevita respiracijama s krkljanjem, a pri kraju često dolazi do nekontroliranog mokrenja ili čak i defekacije. Dijete je postiktalno po završetku napadaja. **Epilepsija s apsansima** je učestala idiopatska epilepsija u dobi do 4. do 10. godine života. Klinički se očituje kao kratkotrajni gubitak svijesti, prestanak motoričkih aktivnosti (glava klone, prestane aktivnost...), čak i prestanak disanja, okretanje očnih jabučica prema gore, nema reakcije na poziv. Dnevno se može ponoviti do stotinu napadaja. Liječenje spomenutih epilepsija, ali i drugih, provodi se antiepilepticima koji imaju specifičnu nuspojavu, a to je pospanost. Liječenje se nastavlja i po nekoliko godina od posljednjeg napada, što ovisi o brojnim čimbenicima (Škarpa, 2003).

Po život opasno stanje je epileptički status. Radi se o pojedinačnim napadajima koji traju dulje od pola sata ili o nizu napadaja koji ubrzano slijede jedan za drugim, pa se dijete između napadaja ne stigne oporaviti. Može se javiti u bilo kojoj dobi, uz to da nije rijedak kod male djece, do treće godine života (Kramer, 2009).

### **2.3 Bronhalna astma**

Bronhalna astma je kronična upalna bolest bronha, koja nastaje kao posljedica pretjerane reaktivnosti bronha na alergijske, kemijske, fizičke, infektivne, nutritivne i druge podražaje. Obilježena je napadajima reverzibilne bronhoopstrukcije, što se odražava ekspiracijskom dispnejom (teški izdisaj), kašljem, zviždanjem i osjećajem stezanja u prsnom košu (Mardešić, 2003). U posljednjih nekoliko desetljeća, potpuno

neočekivano, bronhalna astma je diljem svijeta postala najčešća kronična bolest u dječjoj dobi (Banac, 2012), čiji se prvi napad u 80-90% oboljele djece javi već prije pete godine (Mardešić, 2003). Iako njezini uzroci nisu do kraja jasni, sigurno je da se radi o multikauzalno uzrokovanoj bolesti. Genetska predispozicija nosi svoju ulogu u pojavljivanju astme, no danas se velika pozornost posvećuje čimbenicima okoliša i životnome stilu. Pretpostavlja se da su promjene vezane uz njih (loše prehrabene navike, topli i vlažni kućni okoliš pogodan za grinje, veliko zagađenje zraka) poveznica s trenutnom epidemijom astme, s obzirom na to kako se znanstvenici slažu da se ljudski genom nije mogao toliko promijeniti u tako kratkom razdoblju (Banac, 2012). Prema etiologiji astma može biti alergijska (egzogeno) i nealergijska (endogeno). Astma je kod većine djece alergijska bolest gdje ulogu inhalacijskih alergena imaju pelud, dlake životinja, ekskret grinja i žohara, prhut, plijesni i drugi. Nutritivni alergeni (mlijeko, jaja, jagode...) isto mogu uzrokovati napadaj, međutim, rijetki su to slučajevi. S druge strane, u nealergijskoj astmi, napadaji su provocirani kemijskim i fizičkim opterećenjima dišnih putova od strane dima, fizičkog napora, hladnog zraka, voljne hiperventilacije, uporabe nekih lijekova te emocionalno visokog angažmana. Kao što se već može vidjeti i iz prirode provocirajućih podražaja, neki se od njih mogu uspješno ukloniti iz djetetove okoline, dok je druge moguće samo smanjiti na prihvatljivu razinu (Mardešić, 2003). Konkretno, tu se najviše misli na grinje, pa se zato preporuča korištenje antialergijskih presvlaka za madrace, održavanje vlažnosti zraka ispod 50%, pranje posteljine u vrućoj vodi iznad 56°C i njezino često mijenjanje (Banac, 2012).

Napadaj astme obično počinje suhim, podražajnim kašljem, a ubrzo se nakon toga javljaju zviždanje, pritisak u prsima, dispneja uz produženi ekspirij. U teškim napadajima, dijete izbjegava bilo kakav oblik tjelesne aktivnosti, često sjedne u povišeni položaj, tako da se rukama podupire o podlogu (fenomen tronošca), teško govori i djeluje prestrašeno. Ako napadaj nije prestao nakon davanja terapije ili traje 24 sata i dulje, riječ je o astmatskom statusu. Liječenje astme uključuje izbjegavanje alergena, nealergijskih okidača, suzbijanje bronhoopstrukcije i kronične upale, provođenje vježbi disanja i drugih oblika fizikalnog liječenja te imunoterapiju (alergijska hiposenzibilizacija). Prognoza astme je u većini slučajeva dobra. Otprilike polovica djece s blagim ili umjerenim oblikom ozdravi do kraja djetinjstva, dok samo 5% njih ima teški oblik bolesti koji zahtjeva trajno uzimanje terapije (Mardešić, 2003).

## 2.4 Dijabetes melitus tip I

Dijabetes melitus tip I (ovisan o inzulinu) je kronično autoimuno stanje koje nastaje zbog selektivnog razaranja  $\beta$  stanica Langerhansovih otočića u gušterači. Propadanjem  $\beta$  stanica postepeno se gubi sposobnost stvaranja inzulina, samim time i mogućnost kontrole razine šećera u krvi, što naposljetku dovodi do manifestacije šećerne bolesti (Stipančić, 2012). Zbog nedostatka inzulina, nastaje poremećaj u metabolizmu ugljikohidrata, masti i bjelančevina s pojavom tipičnih simptoma u akutnoj i kroničnoj fazi bolesti koji je jedan od vodećih uzroka morbiditeta u odrasloj dobi (Dumić, 2003). Broj oboljelih nije malen. Procjenjuje se da oko 20 milijuna ljudi u svijetu boluje od dijabetes melitusa tipa I, uz naročit porast obolijevanja djece predškolske dobi, što govori u prilog činjenici da šećerna bolest postaje sve češća bolest djece (Stipančić, 2012; Dumić, 2003).

Osnovni simptomi koji se javljaju kod djeteta su poliurija (povećano izlučivanje mokraće), polidipsija (povećana žeđ), polifagija (povećana glad) i gubitak težine, što je izravna posljedica nedovoljnog lučenja inzulina nakon uzimanja hrane. Početak tipa I je brz i jasan, bez utjecaja debljine. Ovisnost o inzulinu je apsolutna, peroralni antidijabetici su kontraindicirani, a liječenje samo dijetom nije dovoljno. Postoji sklonost ketoacidozi i hipoglikemiji, a broj  $\beta$  stanica je manji od 10%. Postoje dvije akutne komplikacije. Prva je hiperglikemija. To je stanje u kojem razina glukoze u krvi poraste iznad 6,6 mmol/L natašte ili iznad 8,8 mmol/L postprandijalno. Druga je komplikacija hipoglikemija. To može biti po život opasno stanje, kada razina glukoze u krvi padne ispod 2,5 mmol/L. Dijete je blijedo, nemirno, drhti, znoji se, ima tahikardiju i glavobolju. U takvom slučaju djetetu što prije treba dati pojesti nešto slatko ili se pripremiti za davanje glukagona (Dumić, 2003).

Liječenje dijabetes melitusa tip I je kompleksno. Dijete obavezno mora primati dnevnu dozu inzulina čije su jedinice određene prema njegovoj dobi i tjelesnoj masi. No da bi inzulinska terapija bila uspješna, potrebno je pridržavati se ADA dijetete, koja je zapravo normalna, ali kontrolirana i ravnomjerno raspoređena prehrana, uz izbjegavanje slatkiša, pa čak i jako slatkog voća. Broj kalorija koje dijete treba unijeti u organizam izračunava se prema jednoj od dvije formule:

- $\text{kCal/dan} = 1000 + (100 \times \text{dob u godinama})$
- $\text{kCal/kg/dan} = 90 - (3 \times \text{dob u godinama})$

Prehrana mora sadržavati 50-55% ugljikohidrata, 30-35% masti i 15% proteina. Važno je da dijete ima barem pet obroka u danu. Obavezna su tri glavna obroka (doručak, ručak i večera), uz dva do tri manja ( u 10, 17 i 21 sat). Uz pridržavanje dijete, korisna je tjelesna aktivnost koja pomaže iskorištavanju glukoze uz inzulin. U slučaju većih tjelesnih napora, potrebno je djetetu dati dodatnih 10-15g ugljikohidrata (npr. jabuka). Ako je tjelesna aktivnost planirana, postoji mogućnost smanjenja dnevne doze inzulina u konzultaciji s pedijatrom (Dumić, 2003).

## **2.5 Glutenska enteropatija (celijakija)**

Glutenska enteropatija je kronična bolest tankog crijeva nastala zbog trajne nepodnošljivosti glutena, odnosno njegove frakcije glijadina (Kačić i Mardešić, 2003). Do prije 40 godina, glutenska enteropatija smatrala se rijetkom bolešću koja se javlja samo u Europi. Danas se zna da to nije bolest samo europskog stanovništva, jer prevalencija u svijetu iznosi 0,5-1%. Uz to, nedavno istraživanje u mediteranskim zemljama, među koje spada i Hrvatska, procjenjuje kako će u narednih deset godina biti otkriveno više od pet milijuna novooboljelih od celijakije (Starčević Čizmarević, Mijandrušić-Sinčić, Licul, Kapović i Ristić, 2015).

Iako je dosta toga poznato, još uvijek nije do kraja razjašnjena etiopatogeneza ove bolesti. Sigurno je da je konzumacija glutena, bjelančevine koja se nalazi u pšeničnom, ječmenom i raženom brašnu, neophodan čimbenik za nastanak oštećenja sluznice tankog crijeva kod djeteta s celijakijom. Zbog toga dolazi do upalnih promjena koje rezultiraju povećanim brojem intraepitelijalnih limfocita i atrofijom resica, što dovodi do poremećene apsorpcije hranjivih tvari u crijevu (Mišak, 2012). Temeljem velikog broja istraživanja iz posljednjih godina, dokazalo se kako je glutenska enteropatija bolest snažne genetske predispozicije. Predispozicija za njezin nastanak utvrđena je velikim brojem gena, pri čemu HLA sustav ima vodeću ulogu genetičkog čimbenika. Smatra se da ta regija gena pridonosi 40% nasljednosti celijakije (Starčević Čizmarević i sur., 2015).

Bolest se obično javlja između 7. i 24. mjeseca života, s izraženom punom kliničkom slikom negdje oko 18. mjeseca. Glavni su simptomi kronični proljev, mršavljenje, anoreksija, abdominalna distenzija, razdražljivost i nenapredovanje. Kod djece s celijakijom za nekoliko tjedana od uvođenja glutena u prehranu počinju

dolaziti prvi simptomi, odnosno stolice postaju učestalije, obilne, masnog izgleda i prodornog mirisa (Raić i Voltava-Raić, 2002). Najteža akutna komplikacija bolesti je celijakična kriza. Izazivaju je crijevne infekcije u djeteta kod kojeg se nedosljedno provodila bezglutenska dijeta. Radi se o akutnom i naglom pogoršanju bolesti. Dijete obilno i žestoko povraća, ima izrazito jake proljeve koji vrlo brzo izazovu dehidraciju, acidozu i na kraju kolaps, što celijakičnu krizu čini po život opasnim stanjem (Kačić i Mardešić, 2003).

Liječenje zahtjeva doživotno pridržavanje bezglutenske dijeta, s obzirom na činjenicu da je glutenska enteropatija neizlječiva bolest. Zamjenu za štetne proizvode od pšenice, raži i ječma čine kukuruz i riža (Raić i Voltava-Raić, 2002). Mlađa se djeca dobro prilagode bolesti, a zahvaljujući pridržavanju bezglutenske prehrane imaju vrlo visoku kvalitetu života. Zato je važno što prije postaviti dijagnozu, pružiti kvalitetnu edukaciju i osigurati što veću dostupnost bezglutenskih proizvoda (Mišak, 2012).

## **2.6 Pomoć odgajatelja djeci s kroničnim bolestima**

Djeca s kroničnim bolestima imaju jednake osnovne potrebe kao i sva ostala djeca. Imaju potrebu da ih se doživljava kao vrijedne članove obitelji, zajednice, potrebu da se o njima brine i da mogu slobodno razvijati osobni integritet, odgovornost i samosvijest. Kao i sva ostala, i djeca s kroničnim bolestima žele biti ono što jesu, a ne ono što drugi žele da budu. Ostvarenje tih potreba prvenstveno leži u roditeljima, a odmah nakon i u odgajateljima s kojima djeca oboljela od kroničnih bolesti provode mnogo svog vremena (Juul, 2006).

Činjenica je da zadovoljavanje samo tih osnovnih potreba nije dovoljno, već odgajatelji moraju posjedovati određena znanja i vještine koje mogu adekvatno i sigurno primijeniti u radu, u skladu sa specifičnostima djeteta i kronične bolesti od koje boluje. Takva djeca zbog zdravstvenog statusa ili hitnosti stanja, u skladu s odlukom liječnika i medicinskom dokumentacijom, moraju primati terapiju i u vrtiću. Uz to, kronične su bolesti često obilježene napadajima i akutnim komplikacijama koje zahtijevaju hitne intervencije. Kako u vrtićima uglavnom radi nemedicinsko osoblje, a sve je više djece predškolske dobi koja boluju od kroničnih bolesti, najčešće od epilepsije, astme, dijabetes melitusa tip I i celijakije, odgajatelje



je nužno educirati kako bi mogli što bolje razumjeti problematiku spomenutih bolesti (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

Ono što odgajatelji moraju znati o **epilepsiji** kod djece u svojoj odgojnoj skupini jest da televizija za njih u pravilu nije opasna. Ako je dijete foto-osjetljivo (što može dovesti do epileptičkog napadaja) prostorija u kojoj se gleda televizija ne smije biti zamračena do kraja, a udaljenost od televizora mora biti najmanje dva do dva i pol metra (Kramer, 2009). U slučaju epileptičnog napadaja iz bilo kojeg razloga, odgajatelj mora učiniti sljedeće:

- maknuti iz djetetove blizine sve predmete koji bi ga mogli ozlijediti
- ostati pribran, ne paničari, već pozvati pomoć
- pokušati postaviti neki mekani predmet djetetu pod glavu
- otkopčati odjevne predmete koji stežu dijete
- biti uz dijete čitavo vrijeme
- nakon napadaja staviti dijete u bočni položaj, utopeliti ga te pozvati roditelje
- u slučaju da napadaj ne prestaje ni nakon davanja terapije, pozvati hitnu pomoć

Važno je **NE** stavljati djetetu predmete u usta (osobito ne olovku), **NE** držati dijete za vrijeme napadaja, **NE** davati djetetu hranu i tekućinu bilo za vrijeme ili nakon napadaja te **NE** davati lijekove, osim ako nije prepisao liječnik, a roditelji su donijeli lijek s poviješću bolesti (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

Jedna od najčešćih kroničnih bolesti predškolske djece je **astma**, koja je obilježena astmatskim napadajima. Ako dijete u odgojnoj skupini dobije astmatski napadaj odgajatelj mora intervenirati na sljedeći način:

- umiriti dijete i staviti ga u povišeni položaj
- dati terapiju koju je prepisao liječnik, a roditelj donio u vrtić uz povijest bolesti
- terapija se daje prema strogoj uputi liječnika, u dogovoru s roditeljima, na način na koji je educiran
- po završetku zbrinjavanja djeteta pozvati roditelje
- u slučaju da napadaj ne prestaje ni nakon davanja terapije, pozvati hitnu pomoć (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

Kod djece s **dijabetes melitusom tip I** odgajatelji najčešće nailaze na akutnu komplikaciju – hipoglikemiju. To je stanje koje može biti opasno po život djeteta, stoga je važno učiniti sljedeće:

- ako je dijete pri svijesti, dati mu kockicu šećera ili sok (radi bržeg rasta koncentracije šećera u krvi)
- **NE** davati čokoladu jer je porast koncentracije šećera sporiji zbog većeg udjela masti u čokoladi
- ako je dijete bez svijesti, staviti ga u bočni položaj, ne davati hranu ili piće, i pozvati hitnu pomoć ili još bolje, odvesti dijete u najbližu zdravstvenu ustanovu
- kod teških oblika hipoglikemije dati djetetu glukagon (prema odredbi liječnika, uz pisanu povijest bolesti i dogovor s roditeljima)
- ako odgajatelj nije siguran je li hipoglikemija ili hiperglikemija, a ne može odrediti mjerenjem razine šećera u krvi, uvijek postupa kao da se radi o hipoglikemiji (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

**Glutenska enteropatija (celijakija)** je jednako tako česta kronična bolest djece predškolske dobi kao i prethodne. Odgajatelj mora osigurati djetetu hranu bez glutena i ne dopustiti da se dogodi bilo kakva, pa i najmanja kontaminacija te hrane s onom s glutenom. Ponekad odgajatelj može naići na dijete koje je palo u celijakičnu krizu, obilježenu povraćanjem, obilnim stolicama i kolapsom. U tom slučaju potrebno je:

- pozvati hitnu pomoć
- obavijestiti roditelje (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

### **3. CILJ**

Cilj ovog istraživanja je utvrditi razinu upoznatosti djece predškolske dobi i odgajatelja s kroničnim bolestima djece u vrtiću.

#### **4. HIPOTEZA**

Postavljene su dvije hipoteze.

Odgajatelji u dječjim vrtićima posjeduju primjereno znanje o kroničnim bolestima i intervencijama koje iziskuju.

Djeca predškolske dobi nisu dovoljno upoznata s kroničnim bolestima vršnjaka.

## **5. METODE RADA**

### **5.1 Uzorak ispitanika**

U istraživanju su sudjelovali odgajatelji i roditelji djece koja pohađaju vrtiće na području sjeverozapadne Hrvatske. Uzorak odgajatelja je činilo 37 ispitanika, od kojih su svi bili pripadnici ženskog spola. 62 ispitanika su činila uzorak roditelja djece iz starije dobne skupine u dobi od 5 do 6 godina, od kojih je njih 55 bilo ženskog, a 7 muškog spola. 10 roditelja ima dijete s kroničnom bolešću, a 16 ih ima dijete koje ima prijatelja koji boluje od kronične bolesti. Prosječni radni staž odgajatelja iznosi 11 godina i 4 mjeseca, a raspon radnog staža se kreće od 1 mjeseca do 38 godina.

### **5.2 Uzorak varijabli**

Kako bi se utvrdila upoznatost djece predškolske dobi i odgajatelja s kroničnim bolestima, izrađene su dvije zasebne ankete za ispitanike. Svaka se anketa sastojala od određenog broja tvrdnji koje su bile postavljene u skladu s ciljem istraživanja.

#### **Anketa za odgajatelje**

Spol, dob i radni staž ispitanika predstavljali su nepromjenjive varijable. Anketa se sastojala od 78 tvrdnji, podijeljenih na pet dijelova: opći dio, epilepsija, astma, dijabetes melitus tip I i celijakija. Tvrdnje su se odnosile na stavove i upoznatost odgajatelja s kroničnim bolestima te su predstavljale opće informacije koje bi svaki odgajatelj trebao znati bez obzira je li radio ili radi s djetetom oboljelim od kronične bolesti. Posljednje tri tvrdnje kod svakog dijela o drugoj bolesti, bile su jednake i odnosile su se na odnos i upoznatost djece odgojne skupine s kroničnom bolešću oboljelog djeteta. Odgajatelji su vršili samoprocjenu vlastitog znanja, iskustva i kompetencija brojevima od 1 do 3 koji su imali značenja:

- 1 – uopće se ne odnosi
- 2 – djelomično se odnosi
- 3 – u potpunosti se odnosi

1. Upoznat/upoznata sam s pojmom kronične bolesti.
2. Mogu nabrojiti minimalno tri kronične bolesti djece i odraslih.
3. Bolujem od neke kronične bolesti.
4. Tijekom rada kao odgajatelj, imao/imala sam priliku raditi s djecom oboljelom od kroničnih bolesti.
5. Smatram da kronične bolesti nisu tako ozbiljne da bi im morao/morala posvetiti posebnu pozornost kao odgajatelj.
6. Smatram da su kronične bolesti itekako ozbiljne i da im moram posvetiti posebnu pozornost kao odgajatelj.
7. S roditeljima oboljele djece nastojim ostvariti što bolju komunikaciju i suradnju, kako bi zajedničkim snagama pomogli djetetu.
8. Spreman/spremna sam otići na dodatnu edukaciju radi boljeg upoznavanja bolesti i stjecanja većih kompetencija u primjeni terapije i za sam rad.

Navedenih 8 tvrdnji predstavlja opći dio ankete. Odmah na početku, samom prvom tvrdnjom, željelo se utvrditi znaju li odgajatelji što su to kronične bolesti općenito, što može dati objašnjenje za stavove na 5., 6., 7. i 8. tvrdnju te samu razinu znanja o kroničnim bolestima. Pozitivan odgovor na 3. tvrdnju o bolovanju od neke kronične bolesti i 4., o radu s oboljelim djetetom, kasnije može biti pokazatelj povećanog znanja o svim ili konkretno jednoj kroničnoj bolesti.

1. Znam što je to epilepsija.
2. Radio/radila sam s djetetom oboljelim od epilepsije.
3. Čitao/čitala sam stručnu i provjerenu literaturu o epilepsiji.
4. Išao/išla sam na dodatnu edukaciju kod stručnjaka.
5. Spreman/spremna sam dati djetetu propisanu terapiju ako to roditelj traži od mene.
6. Upoznat/upoznata sam s nuspojavama te terapije.
7. Razumijem što je to *aura*, i prepoznajem njezin oblik kod djeteta koje ima epilepsiju.
8. Znam prepoznati veliki (*grand mal*) napadaj kod epilepsije.
9. Znam prepoznati mali (*petit mal*) napadaj kod epilepsije.
10. Ako dijete dobije epi-napadaj u vrtiću, znam da iz njegove blizine moram

maknuti sve predmete koji ga mogu ozlijediti.

11. Ako dijete dobije epi-napadaj u vrtiću, znam da mu moram staviti olovku u usta kako bi spriječio/spriječila zagriz jezika.
12. Ako dijete dobije epi-napadaj u vrtiću, za vrijeme toničko-kloničkih grčeva držim ga rukama kako bi se smirilo.
13. Ako dijete dobije epi-napadaj u vrtiću, spreman/spremna sam mu dati diazepam (rektalna klizma) koji su mi dali roditelji u slučaju napadaja.
14. Nakon napadaja obavezno obavještavam roditelje.
15. Znam da je dijete nakon napadaja postiktalno (pospano) i zato mu ne dajem tekućinu ili hranu.
16. Djeca moje odgojne skupine su upoznata s bolešću svog prijatelja i dobro reaguju u slučaju napadaja.
17. Djeca moje odgojne skupine velika su pomoć i podrška prijatelju nakon napadaja.
18. Djeca moje odgojne skupine ignoriraju stanje svog prijatelja.

Dio o epilepsiji sastojao se od 18 tvrdnji koje su sadržavale osnovne informacije o bolesti i prvoj pomoći koju odgajatelj može pružiti djetetu u vrtiću. Općenito se kroz prve četiri tvrdnje željelo vidjeti koliko su odgajatelji angažirani oko vlastite edukacije te utječe li na to prethodni ili trenutni rad s djetetom oboljelim od epilepsije. 5. se tvrdnjom utvrđivalo koliko su odgajatelji spremni u dogovoru s roditeljima i pisanom medicinskom dokumentacijom dati djetetu terapiju koju ono mora primiti u određenom vremenskom razdoblju, koje baš pada za vrijeme boravka u dječjem vrtiću. 11. je tvrdnja netočna, no predstavlja varku koja otkriva koliko odgajatelja doista zna da se za vrijeme napadaja djetetu ne smije stavljati u usta predmet koji može pregristi, u ovom slučaju olovku, a koliko njih bi to učinilo bez razmišljanja. Na to se nadovezuje 12. tvrdnja koja je jednako tako netočna i cilj joj je utvrditi znaju li odgajatelji da se dijete za vrijeme napadaja ni u kom slučaju ne smije držati rukama, jer bi u protivnome moglo doći do ozljeda.

1. Znam što je to astma.
2. Radio/radila sam s djetetom oboljelim od astme.
3. Čitao/čitala sam stručnu i provjerenu literaturu o astmi.
4. Išao/išla sam na dodatnu edukaciju kod stručnjaka.

5. Spreman/spremna sam dati djetetu propisanu terapiju ako to roditelj traži od mene.
6. Upoznat/upoznata sam s nuspojavama te terapije.
7. Ako znam koji pokretač izaziva astmatični napadaj kod djeteta, izbjegavamo ga ako je to moguće.
8. Jasno mi je da dijete s astmom otežano diše za vrijeme trčanja te obično kašljeza vrijeme smijanja.
9. Spreman/spremna sam provoditi propisane vježbe disanja s djetetom za vrijeme boravka u vrtiću.
10. Znam prepoznati klasični astmatični napadaj kod djeteta.
11. Svjestan/svjesna sam da klasičan napadaj može trajati od nekoliko minuta do nekoliko sati.
12. Ako dijete dobije astmatični napadaj, guši se i prestrašeno je.
13. Ako dijete dobije astmatični napadaj, čuje se glasno zviždanje zbog smetnji u prolazu zraka kroz dišne putove.
14. Ako dijete dobije astmatični napadaj, dat ću mu terapiju koju su mi predali roditelji za primjenu u takvim slučajevima.
15. Nakon napadaja obavezno obavještavam roditelje.
16. Djeca moje odgojne skupine su upoznata s bolešću svog prijatelja i dobro reagiraju u slučaju napadaja.
17. Djeca moje odgojne skupine velika su pomoć i podrška prijatelju nakon napadaja.
18. Djeca moje odgojne skupine ignoriraju stanje svog prijatelja.

Dio s astmom, jednako tako sastojao se od 18 tvrdnji s općim informacijama o bolesti i prvoj pomoći u slučaju astmatskog napadaja. Prve četiri tvrdnje su utvrđivale opće znanje o astmi, kao i iskustvo s edukacijom, bilo preko stručne literature ili predavanjima koje održavaju stručnjaci, konkretno liječnici. Djeca s astmom ponekad moraju primati terapiju u određeno vrijeme, koje pada za vrijeme boravka u odgojnoj skupini, pa se 5. tvrdnjom željelo utvrditi koliko su odgajatelji spremni dati tu terapiju, ako postoji dogovor s roditeljima, a i medicinska dokumentacija koja potvrđuje nužnost njezina uzimanja. 9. je tvrdnja pokazatelj koliko su odgajatelji spremni pomoći djetetu s astmom, s obzirom na činjenicu kako su vježbe disanja nešto što i ostala djeca mogu raditi, a zajedničko provođenje je oblik podrške oboljelome djetetu.



1. Znam što je to dijabetes melitus tip I (šećerna bolest).
2. Radio/radila sam s djetetom oboljelim od dijabetesa.
3. Čitao/čitala sam stručnu i provjerenu literaturu o dijabetesu.
4. Išao/išla sam na dodatnu edukaciju kod stručnjaka.
5. Spreman/spremna sam dati djetetu propisanu terapiju ako to roditelj traži od mene.
6. Upoznat/upoznata sam s nuspojavama te terapije.
7. Svjestan/svjesna sam važnosti primjene ADA dijete.
8. Smatram da djetetu s dijabetesom neće biti ništa ako pojede nešto slatko, kao čokoladni kolač.
9. Mjerim djetetu šećer u krvi koliko god puta je potrebno.
10. Znam da se mjesta davanja inzulina moraju mijenjati.
11. Jasno mi je da dijete prije nekog fizičkog napora mora pojesti jabuku kako bi se prevenirao nastanak hipoglikemije.
12. Znam što je to hipoglikemija.
13. Ako dijete padne u hipoglikemiju, dat ću mu da popije sok ili da pojede žlicu šećera.  
Ako dijete padne u hipoglikemiju, a nije mu bolje nakon uzimanja slatkog,
14. mjerim šećer i pripremam se za davanje glukagona kojeg sam dobio/dobila od roditelja za takve slučajeve.  
Ako nisam siguran/sigurna radi li se o hiperglikemiji ili hipoglikemiji, uvijek
15. postupam kao da se radi o hipoglikemiji.
16. Djeca moje odgojne skupine su upoznata s bolešću svog prijatelja.
17. Djeca moje odgojne skupine velika su pomoć i podrška prijatelju.
18. Djeca moje odgojne skupine ignoriraju stanje svog prijatelja.

Ovo je dio o dijabetes melitusu tip I s 18 tvrdnji o općim informacijama o bolesti i prvoj pomoći u slučaju nastanka akutne komplikacije. Kroz prve četiri tvrdnje utvrđivala se upoznatost i iskustvo odgajatelja sa dijabetes melitusom tip I, kao i spremnost na educiranje o bolesti, bilo putem literature ili stručnih predavanja. Kao i sve ostale kronične bolesti, tako i ovaj oblik dijabetes melitusa zahtjeva davanje terapije u točno određeno vrijeme, a kako u vrtićima pretežno radi nemedicinsko osoblje, odgajatelj je taj koji daje terapiju, pa se 5. tvrdnjom željelo uvidjeti koliko su oni spremni to činiti. 7. i 8. tvrdnja odnosile su se na ADA dijete koja je osnovni

čimbenik liječenja dijabetes melitusa, stoga se njima može vidjeti koliko odgajatelji ozbiljno shvaćaju prehranu osoba oboljelih od dijabetesa te koliko njih doista zna da su čokoladni kolači i slatkiši zabranjeni oboljeloj djeci iz zdravstvenih razloga. Procjena na 9. tvrdnju je pokazatelj odgajateljevog razumijevanja nužnosti redovitog mjerenja šećera u krvi, što itekako podrazumijeva vrijeme boravka u vrtiću. Procjene na 15. tvrdnju su ključne, jer su odraz odgajateljevog prepoznavanja hipoglikemije kao po život opasne akutne komplikacije šećerne bolesti.

1. Znam što je to celijakija (glutenska enteropatija).
2. Radio/radila sam s djetetom oboljelim od celijakije.
3. Čitao/čitala sam stručnu i provjerenu literaturu o celijakiji.
4. Išao/išla sam na dodatnu edukaciju kod stručnjaka.
5. Znam koje sve namirnice sadrže gluten.
6. Upoznat/upoznata sam s posljedicama uzimanja glutena ako dijete ima celijakiju.
7. Znam kako izgleda međunarodni znak za hranu bez glutena.
8. Svjestan/svjesna sam važnosti strogog pridržavanja doživotnog neuzimanja glutena.
9. Smatram da djetetu neće biti ništa ako se kruh bez glutena kontaminira s onim koji sadržava gluten.
10. Davat ću djetetu propisanu terapiju (vitamin D, željezo) ako je treba primiti za vrijeme boravka u vrtiću.
11. Znam što je to celijakična kriza.
12. Ako dijete boluje od celijakije, i naglo počne imati obilne proljevaste stolice s povraćanjem, brzo ću obavijestiti roditelje, u slučaju kolapsa i liječnika.
13. Trudim se pomoći djetetu kako bi prihvatilo činjenicu da ne smije jesti svu hranu.
14. Svaki tjedan organiziram jedan dan kada sva djeca iz moje skupine jedu bezglutensku hranu.
15. Djeca moje odgojne skupine su upoznata s bolešću svog prijatelja.
16. Djeca moje odgojne skupine velika su pomoć i podrška prijatelju.
17. Djeca moje odgojne skupine ignoriraju stanje svog prijatelja.

17 tvrdnji predstavljalo je dio o celijakiji. Kao i kod prethodne tri kronične bolesti, prve četiri tvrdnje pokazivale su razinu poznavanja bolesti i prve pomoći u slučaju komplikacija, kao i iskustva sa stručnom literaturom i predavanjima kao oblicima edukacije. 6. i 8. tvrdnja su od velike važnosti, zato što njihove procjene pokazuju koliko odgajatelji razumiju celijakiju i mogu li temeljem toga adekvatno pomagati djetetu. 9. je tvrdnja netočna, iz razloga što i najmanja kontaminacija bezglutenske hrane s glutenom, dovodi do ponovnog oštećenja sluznice. Upravo se tom netočnošću željelo utvrditi koliko odgajatelja shvaća tu činjenicu, a koliko njih smatra da je to pretjerivanje. 5. i 7. tvrdnja su odraz opće kulture, ali njihove samoprocjene vrijedan su podatak o svjesnosti postojanja celijakije kao pretjerane osjetljivosti na gluten.

### **Anketa za roditelje djece u dobi od 5 do 6 godina**

Anketa se sastojala od općeg dijela koji je prikupljao podatke o nepromjenjivim varijablama, odnosno o spolu ispitanika, broju djece, bolovanju djeteta ispitanika ili prijatelja ispitanikovog djeteta od kronične bolesti. Nakon općeg dijela je slijedio dio od 28 tvrdnji koje su se odnosile na upoznatost i iskustvo djeteta s kroničnim bolestima vršnjaka/prijatelja. Uz to je bilo dodano 10 tvrdnji za roditelje djeteta oboljelog od kronične bolesti, kako bi se utvrdilo zadovoljstvo s pristupom cjelokupne ustanove dječjeg vrtića. Kraj svake tvrdnje nalazili su se brojevi od 1 do 3, koji su označavali samoprocjenu iskustva djeteta i njegovog roditelja:

- 1 – uopće se ne odnosi
- 2 – djelomično se odnosi
- 3 – u potpunosti se odnosi

1. Upoznao/upoznala sam svoje dijete s kroničnim bolestima vršnjaka na njemu primjeren način.
2. Odgajatelji u vrtiću su djeci dobro objasnili stanje prijatelja s kroničnom bolešću.
3. Odgajatelji u vrtiću su se pobrinuli da djecu o prijateljevoj kroničnoj bolesti educira i za to stručna osoba, konkretno liječnik.

Prve tri tvrdnje su općeg karaktera, kako bi se njima utvrdilo jesu li roditelji samoinicijativno educirali svoje dijete o kroničnim bolestima te jesu li odgajatelji

sami pokušali educirati djecu svoje odgojne skupine ili su se možda pobrinuli da djeci o tome govori za to stručna osoba, konkretno liječnik.

4. Moje dijete se susrelo s djetetom oboljelim od epilepsije.  
Moje dijete zna da ne smije paliti i gasiti svjetla u prostoriji u kojoj boravi zajedno
5. s prijateljem oboljelim od epilepsije.  
Moje dijete zna da prijatelj s epilepsijom ponekad može biti pospan zbog lijeka
6. kojeg mora uzimati.  
U slučaju epi-napadaja kod prijatelja, moje će dijete u skladu sa svojim znanjem
7. maknuti prisutne igračke iz prijateljeve blizine.  
Moje dijete se neće smijati svome prijatelju nakon epi-napadaja zbog toga što se
8. pomokrio ili je i obavio veliku nuždu, jer zna da se takvo što može dogoditi.  
U slučaju epi-napadaja kod prijatelja, moje dijete neće znati što učiniti i bit će
9. prestrašeno jer ga nitko nije educirao o epilepsiji.  
Moje dijete se susrelo s djetetom oboljelim od astme.
10. Moje je dijete svjesno važnosti pumpice koju prijatelj nosi sa sobom i u svakom
11. trenutku zna gdje se nalazi.  
Moje dijete zna da prijatelj s astmom teže diše kod fizičkih napora, pa je ono
12. spremno prilagoditi svoj ritam njegovome.  
Mome djetetu nije čudno ako prijatelj počne kašljati za vrijeme smijanja.
13. U slučaju astmatičnog napadaja kod prijatelja, moje će dijete brzo potražiti
14. pumpicu i dati ju svome prijatelju.  
U slučaju astmatičnog napadaja kod prijatelja, moje dijete neće znati što učiniti i
15. bit će prestrašeno jer ga nitko nije educirao o astmi.  
Moje dijete se susrelo s djetetom oboljelim od šećerne bolesti (dijabetes melitus
16. tip I).  
Moje dijete zna da prijatelj s dijabetesom ne smije jesti slatkiše.
17. Mojem djetetu je normalno vidjeti davanje inzulina jer zna da je to lijek bez kojeg
18. prijatelj ne može.  
Moje dijete smatra da je njegov prijatelj jako hrabar jer svaki dan dopušta da mu
19. vade krv.  
Moje dijete razumije da postoji samo jedna situacija kada prijatelj smije pojesti
20. nešto slatko, i to mu smije dati samo odgajatelj.  
Moje dijete ne zna ništa o šećernoj bolesti (dijabetes melitus tip I).
21. Moje dijete se susrelo s djetetom oboljelim od celijakije.
- 22.

23. Moje dijete zna da njegov prijatelj s celijakijom ne smije jesti kruh kakav i ono jede.
24. Moje dijete prepoznaje međunarodni znak za bezglutensku hranu u trgovinama.
25. Kada slavimo rođendan, moje me dijete uvijek upozori da za njegovog prijatelja moram pripremiti samo onu hranu koju on smije jesti.
26. Moje dijete pokušava pomoći prijatelju da prihvati kako ne smije jesti svu hranu. Ponekad kuša njegovu hranu i ističe da je ukusnija od onog što jedu druga djeca.
27. Moje dijete ne zna ništa o celijakiji.
28. Ako moje dijete primijeti da prijatelju s nekom od navedenih kroničnih bolesti nije dobro, odmah će o tome obavijestiti odgajatelja.

Sljedećih 25 tvrdnji (od 4. do 28.) vezano je uz najčešće kronične bolesti djece, konkretno epilepsiju, astmu, dijabetes melitus tip I (šećerna bolest) i celijakiju (glutenska enteropatija). Uzimajući u obzir kako se prema procjeni njihovih roditelja, željela utvrditi upoznatost djece u dobi od 5 do 6 godina, tvrdnje su sadržavale jednostavne informacije o kroničnim bolestima i prvoj pomoći u slučaju napadaja koje dijete te dobi može usvojiti i razumjeti. 4., 10., 17. i 22. tvrdnja služile su za otkrivanje je li se neko dijete susrelo s djetetom oboljelim od neke navedene kronične bolesti. Te su tvrdnje bile povezane s 9., 15., 21. i 27. tvrdnjom, jer bi odgovori na njih trebali biti kompatibilni. U slučaju nepoklapanja, to može biti pokazatelj nerazumijevanja vrijednosne skale.

Posebni 10 tvrdnji bilo je namijenjeno utvrđivanju zadovoljstva roditelja s odnosnom odgajatelja, cjelokupne ustanove vrtića i vršnjaka iz odgojne skupine prema njihovom djetetu oboljelom od kronične bolesti.

1. Naišli smo na susretljivost i profesionalnu suradnju od strane odgajatelja.
2. Odgajatelji su dobro educirali djecu iz svoje odgojne skupine o stanju mog djeteta.
3. Odgajatelji posjeduju puno znanja o kroničnim bolestima.
4. Odgajatelji uvažavaju potrebe mog djeteta i dobro ih zadovoljavaju.
5. Nakon što sam im sve objasnio/objasnila, odgajatelji su pristali davati mom djetetu propisanu terapiju (regularnu/za hitne slučajeve).
6. Smatram da odgajatelji ozbiljno pristupaju stanju mog djeteta.
7. Moje dijete nije diskriminirano od strane vršnjaka zbog svoje bolesti.

8. Moje dijete ima prijatelje koji mu pružaju pomoć i podršku, paze na njega u situacijama koje mu mogu štetiti.
9. Zadovoljan/zadovoljna sam odnosnom odgajatelja prema mojem djetetu te njihovim znanjem.
10. Zadovoljan/zadovoljna sam znanjem i odnosnom vršnjaka prema mom djetetu.

### **5.3 Način prikupljanja i obrade podataka**

Istraživanje je provedeno u vrtićima u Sjeverozapadnoj Hrvatskoj, konkretno u njih 5, u razdoblju od studenog 2015. do veljače 2016. godine. Za svaki dječji vrtić, fakultet je izdao potvrdu o studiranju i svrsi zamolbe za suradnju u istraživanju. Odgajatelji (N=37) su zamoljeni da ispune anketu o vlastitoj upoznatosti i iskustvu s kroničnim bolestima djece. Anketa se sastojala od 78 tvrdnji, što je prethodno detaljnije opisano.

U istraživanju su sudjelovali i roditelji djece u dobi od 5 do 6 godina (N= 62), koji su zamoljeni da ispune ankete o upoznatosti vlastitog djeteta s kroničnim bolestima vršnjaka. U slučaju da je anketu ispunjavao roditelj djeteta oboljelog od kronične bolesti, predloženo mu je da ispuni poseban dio kako bi izrazio vlastito iskustvo i zadovoljstvo s radom i odnosnom odgajatelja te djece prema njegovome djetetu. Anketa se sastojala od 38 tvrdnji.

Podatci su prikazani deskriptivnom statistikom.

## 6. REZULTATI

Kako bi se utvrdilo u kolikoj su mjeri odgajatelji u dječjim vrtićima i jaslicama upoznati s osnovnim pojmovima vezanim uz kronične bolesti i je li to povezano s većim ili manjim znanjem o pojedinoj ili svim bolestima, u Tablici 1 je prikazan broj odgajatelja (N=37) koji su izvršili samoprocjenu vlastitih kompetencija i stavova ocjenama 1, 2 i 3 u osnovnom dijelu ankete.

Značajnije procjene izvršene su na čestice UPOZNATOST, BOLUJEM, KB NISU OZBILJNE, KB SU OZBILJNE, SURADNJA I EDUKACIJA. Na tvrdnju o upoznatosti s kroničnim bolestima, 28 odgajatelja procjenjuje da je poznato, dok je preostalih 9 označilo da se upoznatost s tim pojmom djelomično odnosi na njih. Od kronične bolesti boluju 2 odgajatelja, 2 navode kako je to djelomično slučaj kod njih, dok 33 odgajatelja ne boluju ni od kakve kronične bolesti. 25 odgajatelja se ne slaže s tvrdnjom da kronične bolesti nisu toliko ozbiljne da bi im pridodavali neku pozornost, 7 se djelomično slaže, a kod 5 odgajatelja se to u potpunosti odnosi na njihov stav. S druge strane, 32 odgajatelja smatraju da su kronične bolesti itekako ozbiljne i da traže njihovu posebnu pozornost, dok se njih 5 samo djelomično slaže s tom tvrdnjom. 36 odgajatelja nastoji ostvariti što bolju komunikaciju i suradnju s roditeljima oboljelog djeteta, dok samo 1 to djelomično pokušava ostvariti. Od 37 odgajatelja, 28 ih je spremno otići na dodatnu edukaciju o kroničnim bolestima, dok je 9 njih djelomično spremno na taj korak.

**Tablica 1** – samoprocjena odgajatelja u osnovnom dijelu ankete

VARIJABLA	PROCJENA 1	PROCJENA 2	PROCJENA 3
UPOZNATOST	/	9	28
NABROJITI KB	/	7	30
BOLUJEM	33	2	2
RAD S DJECOM	6	12	19
KB NISU OZBILJNE	25	7	5
KB SU OZBILJNE	/	5	32
SURADNJA	/	1	36
EDUKACIJA	/	9	28

*Legenda: UPOZNATOST – upoznatost s kroničnim bolestima; NABROJITI KB – nabrojiti minimalno 3 kronične bolesti; BOLUJEM – boluje li odgajatelj od kronične bolesti; RAD S DJECOM – rad s*

*djecom oboljelom od kroničnih bolesti; KB NISU OZBILJNE – kronične bolesti nisu toliko ozbiljne i ne zahtijevaju pozornost; KB SU OZBILJNE – kronične bolesti su itekako ozbiljne i zahtijevaju pozornost; SURADNJA – suradnja s roditeljima; EDUKACIJA – dodatna edukacija o kroničnim bolestima*

U Tablici 2 naveden je broj odgajatelja (N=37) koji su izvršili samoprocjenu na 18 tvrdnji koje su bile vezane uz epilepsiju i prvu pomoć u slučaju epileptičkog napadaja. Rezultati pokazuju kako 30 odgajatelja zna što je to epilepsija, dok preostalih 7 djelomično zna o čemu se radi. Dodatnu literaturu o epilepsiji nikada nije pročitao 6 odgajatelja, 20 ih je pročitao djelomično, a 11 njih sigurno. Na dodatnu edukaciju kod stručnjaka išla su 2 odgajatelja, 7 djelomično, dok 28 njih nikada nije pohađalo edukaciju vezanu uz epilepsiju. 10 odgajatelja nije spremno dati djetetu propisanu terapiju, 9 njih je djelomično spremno i 18 odgajatelja dalo bi djetetu potrebnu terapiju. Od toga, 13 njih nije upoznato s nuspojavama terapije, 13 je samo djelomično, dok 11 odgajatelja zna o kojim je nuspojavama riječ. Pojam *aure* ne poznaje 18 odgajatelja, 15 njih djelomično zna o čemu se radi, dok 4 znaju što je to i prepoznaju neke oblike. 11 odgajatelja ne zna, 16 djelomično zna, a 10 njih zna prepoznati grand mal napadaj kod djeteta. Nadalje, 11 odgajatelja ne zna, 17 djelomično zna, a samo 9 zna prepoznati petit mal napadaj. 3 odgajatelja ne znaju da se za vrijeme epi-napadaja iz djetetove blizine miču svi predmeti koji ga mogu ozlijediti, njih 9 djelomično zna, dok 25 odgajatelja zna pravilno postupiti. Tijekom epi-napadaja, 15 odgajatelja ne bi stavilo djetetu olovku u usta, na njih 9 se to djelomično odnosi, dok bi 13 odgajatelja sigurno stavilo olovku u usta radi sprječavanja zagriža jezika. Uz to, samo 9 odgajatelja ne bi držalo dijete za vrijeme kloničko-toničkih grčeva, 19 bi vjerojatno tako učinilo, 7 odgajatelja sigurno bi držalo dijete za vrijeme napadaja, dok 2 nisu izvršila samoprocjenu na ovu tvrdnju. 12 odgajatelja nije spremno dati djetetu diazepam rektalno, 13 je djelomično spremno na davanje, dok bi 12 njih to sigurno učinilo. To da je dijete postiktalno nakon napadaja, ne zna 10 odgajatelja, 16 je djelomično upoznato s činjenicama, 10 dobro zna o čemu se radi, a 1 odgajatelj nije izvršio samoprocjenu. 20 odgajatelja samoprocjenjuje kako djeca njihove odgojne skupine nisu upoznata s bolešću prijatelja, 8 smatra da se to djelomično odnosi na njihovu odgojnu skupinu, dok 9 odgajatelja navodi kako su djeca njihovih odgojnih skupina dobro upoznata s bolešću prijatelja.



**Tablica 2 – samoprocjena odgajatelja u dijelu o epilepsiji**

VARIJABLA	PROCJENA 1	PROCJENA 2	PROCJENA 3	NEMA PROCJENE
EPILEPSIJA	/	7	30	/
RAD S EPI	21	2	14	/
ČITANJE LITER. E	6	20	11	/
DODATNA EDUK. E	28	7	2	/
DAVANJE TH E	10	9	18	/
NUSPOJAVE TH E	13	13	11	/
AURA	18	15	4	/
GRAND MAL	11	16	10	/
PETIT MAL	11	17	9	/
PREDMET	3	9	25	/
OLOVKA	15	9	13	/
DRŽANJE	9	19	7	2
DIAZEPAM	12	13	12	/
RODITELJI E	/	/	37	/
POSTIKTALNO	10	16	10	1
DJECA UPOZNATA E	20	8	9	/
DJECA PODRŠKA E	15	7	12	3
DJECA IGNORIRAJU E	25	7	2	3

*Legenda: EPILEPSIJA – što je to epilepsija; RAD S EPI – rad s djecom oboljelom od epilepsije; ČITANJE LITER. E – čitanje literature o epilepsiji; DODATNA EDUK. E – dodatna edukacija kod stručnjaka; DAVANJE TH E – davanje propisane terapije; NUSPOJAVE TH E – nuspojave terapije; AURA – što je to aura i prepoznavanje; GRAN MAL – prepoznavanje velikog napadaja; PETIT MAL – prepoznavanje malog napadaja; PREDMET – maknuti sve predmete koji mogu ozlijediti dijete; OLOVKA – stavljanje olovke u usta za vrijeme epi-napadaja; DRŽANJE – držanje djeteta za vrijeme kloničko-toničkih grčeva; DIAZEPAM – davanje diazepama rektalno; RODITELJI E – obavještanje roditelja nakon napadaja; POSTIKTALNO – pospanost djeteta nakon napadaja; DJECA UPOZNATA E – djeca upoznata s epilepsijom; DJECA PODRŠKA E – djeca podrška i pomoć oboljelom djetetu; DJECA IGNORIRAJU E – djeca ignoriraju stanje djeteta.*

Tablica 3 prikazuje broj odgajatelja (N=37) koji su izvršili samoprocjenu na 18 tvrdnji vezanih uz upoznatost s astmom i prvom pomoći u slučaju astmatičnog napadaja. Od 37 odgajatelja, 29 zna što je to astma, dok njih 8 samo djelomično zna o čemu se radi. Dodatnu literaturu o astmi nije čitalo 8 odgajatelja, 19 je djelomično, a 10 odgajatelja je sigurno pročitalo. Na edukaciju vezanu uz astmu nije išao 31 odgajatelj, 3 su imala djelomičnu priliku, 2 su pohađala edukativne programe, dok 1

odgajatelj nije izvršio samoprocjenu na tvrdnju. 15 odgajatelja ne zna koje su nuspojave terapije koju dijete prima, 12 je djelomično upoznato s njima, a 10 njih zna o kojim se to nuspojavama radi. Propisane vježbe disanja za dijete nije spremno provoditi 7 odgajatelja, 16 je djelomično spremno, a 14 njih bi to činilo. 8 odgajatelja ne zna, 16 bi djelomično znalo, 12 sigurno zna prepoznati astmatski napadaj, dok 1 odgajatelj nije izvršio samoprocjenu. 10 odgajatelja nije upoznato s rasponom trajanja astmatskog napadaja, 14 njih djelomično zna nešto o tome, a 13 sigurno. Terapiju u slučaju napadaja nisu spremna dati 3 odgajatelja, 7 je djelomično spremno na taj korak, dok bi njih 27 to odmah učinilo. 11 odgajatelja smatra da djeca njihovih odgojnih skupina nisu upoznata s astmom, 12 smatra da se to djelomično odnosi na njihove odgojne skupine, 12 odgajatelja ima skupine upoznate s astmom, dok 2 nisu izvršila samoprocjenu na tvrdnju.

**Tablica 3** – samoprocjena odgajatelja u dijelu s astmom

VARIJABLA	PROCJENA 1	PROCJENA 2	PROCJENA 3	NEMA PROCJENE
ASTMA	/	8	29	/
RAD S AST	22	3	12	/
ČITANJE LITER. A	8	19	10	/
DODATNA EDUK. A	31	3	2	1
DAVANJE TH A	5	11	21	/
NUSPOJAVE TH A	15	12	10	/
ALERGEN	2	9	26	/
TRČANJE	1	14	22	/
VJEŽBE DISANJA	7	16	14	/
AST NAPADAJ	8	16	12	1
TRAJANJE	10	14	13	/
GUŠENJE	3	12	22	/
ZVIŽDANJE	4	13	20	/
TH ZA NAPADAJ	3	7	27	/
RODITELJI A	/	/	37	/
DJECA UPOZNATA A	11	12	12	2
DJECA PODRŠKA A	11	13	11	2
DJECA IGNORIRAJU A	27	6	2	2

*Legenda: ASTMA – što je to astma; RAD S AST – rad s djetetom oboljelim od astme; ČITANJE LITER. A – čitanje literature o astmi; DODATNA EDUK. A – dodatna edukacija kod stručnjaka; DAVANJE TH A – davanje propisane terapije; NUSPOJAVE TH A – nuspojave terapije; ALERGEN –*

*izbjegavanje alergena pokretača; TRČANJE – otežano disanje za vrijeme trčanja i kašalj tijekom smijanja; VJEŽBE DISANJA – izvođenje propisanih vježbi disanja; AST NAPADAJ – što je to klasični astmatični napadaj; TRAJANJA – duljina trajanja napadaja; GUŠENJE – prestrašenost i gušenje tijekom napadaja; ZVIŽDANJE – zvuk zviždanja u dišnim putovima; TH ZA NAPADAJ – davanje terapije za vrijeme napadaja; RODITELJI A – obavještavanje roditelja nakon napadaja; DJECA UPOZNATA A – djeca upoznata s astmom; DJECA PODRŠKA A – djeca podrška i pomoć oboljelom djetetu; DJECA IGNORIRAJU A – djeca ignoriraju stanje djeteta.*

Kako bi se vidjela upoznatost odgajatelja s dijabetes melitusom tip I i njegovim akutnim komplikacijama, u Tablici 3 je prikazan broj odgajatelja (N=37) koji su izvršili samoprocjenu na 18 tvrdnji vezanih uz spomenutu bolest. Tako 3 odgajatelja ne znaju što je to dijabetes melitus (šećerna bolest), 12 zna djelomično, dok 22 odgajatelja znaju o kojoj se bolesti radi. Dodatnu literaturu o dijabetes melitusu nije čitalo 15 odgajatelja, 17 je djelomično, a 5 ih je čitalo. Na dodatnu edukaciju kod stručnjaka nisu išla 33 odgajatelja, a 4 su edukaciju pohađala samo djelomično. Potrebnu terapiju nije spremno dati 7 odgajatelja, 8 je djelomice spremno na taj postupak, no 22 odgajatelja bi to sigurno učinila. 15 odgajatelja nije svjesno važnosti pridržavanja ADA dijete, 9 je djelomično svjesno te važnosti, kod 11 odgajatelja je razvijena svijest o njezinoj neophodnosti, dok 2 nisu izvršila samoprocjenu. 20 odgajatelja se ne slaže da djetetu s dijabetesom neće biti ništa ako jede slatko, 9 se djelomično slaže, 6 njih smatra da je u redu uzimati slatkiše unatoč dijagnozi, a 2 odgajatelja nisu izvršila procjenu na tvrdnju. 13 odgajatelja nije spremno mjeriti djetetu razinu šećera u krvi, 12 ih je djelomično spremno na taj čin, 10 njih bi to činilo bez problema, dok 2 odgajatelja nisu dala svoju procjenu. O važnosti promjene mjesta davanja inzulina, 18 odgajatelja nema znanje, 9 ima djelomično, 9 je dobro upoznato s tim, dok 1 odgajatelj nije izvršio samoprocjenu. 14 odgajatelja ne zna da dijete za vrijeme fizičkog napora treba dobiti neke ugljikohidrate (npr. jabuka), 16 je djelomično upoznato s tim, 6 to dobro zna, dok 1 odgajatelj nije izvršio procjenu. 6 odgajatelja ne zna što je hipoglikemija, 13 djelomično zna, no 18 njih posjeduje znanje o njoj. 8 odgajatelja ne zna, 10 djelomično zna, a 19 odgajatelja sigurno zna da moraju dati djetetu nešto slatko kada padne u hipoglikemiju. Na davanje glukagona nije spremno 13 odgajatelja, 11 je djelomično, a 13 njih bi to učinilo. 24 odgajatelja ne znaju, 10 djelomično zna, a samo 3 sigurno znaju da u slučajevima kad nisu sigurni je li hiperglikemija ili hipoglikemija, uvijek postupaju kao da je hipoglikemija. 22 odgajatelja ne smatraju da su djeca iz njihovih odgojnih skupina

upoznata s dijabetes melitusom, 8 smatra da se to djelomično odnosi na njihove odgojne skupine, 5 njih smatra da su djeca upoznata, dok 2 odgajatelja nisu izvršila procjenu.

**Tablica 4** – samoprocjena odgajatelja u dijelu s dijabetes melitusom tip I

VARIJABLA	PROCJENA 1	PROCJENA 2	PROCJENA 3	NEMA PROCJENE
DIJABETES MELITUS	3	12	22	/
RAD S DMI	33	/	4	/
ČITANJE LITER. DMI	15	17	5	/
DODATNA EDUK. DMI	33	4	/	/
DAVANJE TH DMI	7	8	22	/
NUSPOJAVE TH DMI	19	12	6	/
ADA	15	9	11	2
KOLAČ	20	9	6	2
MJERENJE GUK-a	13	12	10	2
INZULIN	18	9	9	1
JABUKA	14	16	6	1
HIPOGLIKEMIJA	6	13	18	/
SOK/ŠEĆER	8	10	19	/
GLUKAGON	13	11	13	/
HIPER/HIPO	24	10	3	/
DJECA UPOZNATA DMI	22	8	5	2
DJECA PODRŠKA DMI	20	9	6	2
DJECA IGNORIRAJU DMI	28	6	1	2

*Legenda: DIJABETES MELITUS – što je to dijabetes melitus tip I; RAD S DMI – rad s djetetom oboljelim od dijabetes melitusa tip I; ČITANJE LITER. DMI – čitanje literature o dijabetes melitusu tip I; DODATNA EDUK. DMI – dodatna edukacija kod stručnjaka; DAVANJE TH DMI – davanje propisane terapije; NUSPOJAVE TH DMI – nuspojave te terapije; ADA – važnost ADA dijete; KOLAČ – u redu je konzumirati slatko; MJERENJE GUK-a – mjerenje razine šećera u krvi; INZULIN – mijenjanje mjesta davanja inzulina; JABUKA – davanje dodatnih ugljikohidrata za vrijeme tjelesnih napora; HIPOGLIKEMIJA – što je hipoglikemija; SOK/ŠEĆER – davanje slatkog u slučaju hipoglikemije; GLUKAGON – davanje glukagona; HIPER/HIPO – u slučaju nesigurnosti je li hiperglikemija ili hipoglikemija, postupa se kao da je hipoglikemija; DJECA UPOZNATA DMI – djeca upoznata s astmom; DJECA PODRŠKA DMI – djeca podrška i pomoć oboljelom djetetu; DJECA IGNORIRAJU DMI – djeca ignoriraju stanje djeteta.*

Tablica 5 prikazuje podatke o samoprocjeni odgajatelja (N=37) na 17 tvrdnji povezanih sa upoznatošću s celijakijom i njezinim komplikacijama. Rezultati pokazuju kako 9 odgajatelja ne zna, 9 djelomično zna, a 19 sigurno zna što je to celijakija (glutenska enteropatija). 18 odgajatelja nije, 13 je djelomično, a 6 njih je čitalo literaturu o celijakiji. Na dodatnu edukaciju nije išlo 35 odgajatelja, 1 je samo djelomično, a 1 odgajatelj nije dao procjenu na tvrdnju. 6 odgajatelja ne zna, 19 djelomično zna, a 12 sigurno zna koje sve namirnice sadrže gluten. S posljedicama uzimanja glutena nije upoznato 9 odgajatelja, 15 je djelomično upoznato, 12 ima visoku svjesnost o posljedicama, dok 1 odgajatelj nije izvršio samoprocjenu. 18 odgajatelja ne poznaje, 11 djelomično poznaje, dok 8 odgajatelja zna kako izgleda međunarodni znak za bezglutensku hranu. Važnosti strogo pridržavanja dijete bez glutena nije svjesno 9 odgajatelja, 10 je djelomično svjesno, dok 18 odgajatelja dobro zna važnost. 29 odgajatelja se ne slaže kako je u redu kontaminirati djetetov bezglutenski kruh s onim koji ima gluten, dok 8 njih djelomično smatra da je to u redu. Propisanu terapiju nije spremno dati 8 odgajatelja, 9 je djelomično spremno na takav postupak, dok bi 20 njih to učinilo. 19 odgajatelja ne zna, 15 djelomično zna, a samo 3 odgajatelja sigurno znaju što je to celijakična kriza. U slučaju komplikacija i kolapsa, 8 odgajatelja ne bi, 3 bi to djelomično učinila, dok bi njih 26 obavezno pozvalo roditelje, po potrebi liječnika. 7 odgajatelja se ne trude pomoći djetetu prihvatiti stanje, 6 se djelomično trudi, dok 24 odgajatelja ulažu trud u to. 18 odgajatelja smatra da djeca njihove skupine nisu upoznata sa celijakijom, 9 ih smatra da su djelomično upoznata, 8 ističe kako sigurno znaju što je to celijakija, dok 2 odgajatelja nisu izvršila samoprocjenu.

**Tablica 5** – samoprocjena odgajatelja u dijelu o celijakiji

VARIJABLA	PROCJENA 1	PROCJENA 2	PROCJENA 3	NEMA PROCJENE
CELIJAKIJA	9	9	19	/
RAD S CEL.	28	4	5	/
ČITANJE LITER. CEL	18	13	6	/
DODATNA EDUK. CEL	35	1	/	1
NAMIRNICE	6	19	12	/
GLUTEN	9	15	12	1
MEĐUNARODNI ZNAK	18	11	8	/
STROGA DIJETA	9	10	18	/
KONTAMINACIJA	29	8	/	/
DAVANJE TH CEL	8	9	20	/
KRIZA	19	15	3	/
KOLAPS	8	3	26	/
POMOĆ	7	6	24	/
DAN BEZ GLUTENA	24	9	4	/
DJECA UPOZNATA CEL	18	9	8	2
DJECA PODRŠKA CEL	20	10	5	2
DJECA IGNORIRAJU CEL	28	7	/	2

*Legenda: CELIJAKIJA – što je to celijakija; RAD S CEL – rad s djetetom oboljelim od celijakije; ČITANJE LITER. CEL – čitanje literature o celijakiji; DODATNA EDUK. CEL – dodatna edukacija kod stručnjaka; NAMIRNICE – koje sve namirnice sadrže gluten; GLUTEN – posljedice uzimanja glutena; MEĐUNARODNI ZNAK – međunarodni znak za bezglutensku hranu; STROGA DIJETA – važnost strogog pridržavanja dijete bez glutena; KONTAMINACIJA – kontaminacija bezglutenskog kruha s onim s glutenom; DAVANJE TH CEL – davanje propisane terapije; KRIZA – što je to celijakična kriza; KOLAPS – pozvati roditelje i liječnika u slučaju nastupa krize i kolapsa; POMOĆ – pomoć djetetu u prihvaćanju dijagnoze; DAN BEZ GLUTENA – organizacija dana s hranom bez glutena; DJECA UPOZNATA CEL– djeca upoznata s celijakijom; DJECA PODRŠKA CEL – djeca podrška i pomoć oboljelom djetetu; DJECA IGNORIRAJU CEL – djeca ignoriraju stanje djeteta.*

Kako bi se utvrdila upoznatost djece predškolske dobi s kroničnim bolestima vršnjaka, Tablica 6 prikazuje broj roditelja (N=62) koji su izvršili procjenu upoznatosti i iskustva vlastitog djeteta sa spomenutim vrstama bolesti. Od 62 roditelja, 25 nije, 25 djelomično je, a 12 njih je upoznalo svoje dijete s kroničnim bolestima vršnjaka. 20 roditelja navodi kako odgajatelji nisu objasnili djeci kronične bolesti, 25 označava da su to djelomično učinili, 16 iskazuje kako su to odgajatelji učinili u njihovim vrtićima, dok 1 roditelj nije izvršio procjenu. Dodatnu edukaciju

od strane stručnjaka nije imalo 37 djece, 21 dijete je primilo djelomičnu edukaciju, dok je 4 djece bilo educirano. S djetetom oboljelim od epilepsije nije se susrelo 49 djece, 3 djece se djelomično je, 9 ih se sigurno susrelo s oboljelim djetetom, dok 1 roditelj nije izvršio procjenu na tvrdnju. Za vrijeme epi-napadaja, 48 djece ne bi maknulo igračke iz djetetove blizine, samo 13 bi to djelomično učinilo, dok 1 roditelj nije dao procjenu za svoje dijete. 22 djece se ne bi smijalo oboljelom djetetu u slučaju mokrenja ili defekacije pri kraju napadaja, 25 bi djelomično tako reagiralo, 14 djece bi se smijalo, dok 1 roditelj nije dao svoju procjenu. 43 djece se nikada nije susrelo s djetetom oboljelim od astme, 7 ih se djelomično susrelo, dok se 12 djece susrelo s oboljelim djetetom. 41 dijete ne zna da dijete s astmom teže diše i ne bi prilagodilo svoj ritam njegovome, 9 bi ih to djelomično učinilo, dok je 12 djece upoznato s težim disanjem djeteta oboljelog od astme i spremno mu je prilagoditi svoj ritam. 41 dijete ne bi potražilo pumpicu u slučaju astmatskog napadaja drugog djeteta, 11 bi to djelomično učinilo, dok bi 10 djece odmah potražilo pumpicu. 48 djece se nije susrelo s djetetom oboljelim od dijabetes melitusa tip I, 8 je imalo djelomičan susret, 5 se susrelo s oboljelim, a 1 roditelj nije izvršio procjenu. 38 djece ne zna da dijete s dijabetesom ne smije jesti slatkiše, 17 ih to djelomično zna, 6 ih je upoznato s tom činjenicom, dok 1 roditelj nije dao procjenu. 45 djece ne zna da postoji samo jedna situacija u kojoj dijete s dijabetesom smije pojesti nešto slatko, 15 ih to djelomično zna, 1 dijete sigurno ima to znanje, dok 1 roditelj nije izvršio procjenu za svoje dijete. S celijakijom se nije susrelo 51 dijete, 7 ih je imalo djelomičan susret, 3 djece poznaje oboljelo dijete, a 1 roditelji nije dao procjenu. 57 djece ne poznaje međunarodni znak za bezglutensku hranu, 4 djece djelomično zna o kojem je znaku riječ, dok 1 roditelj nije dao procjenu. 2 roditelja navode kako ih njihova djeca upozoravaju da moraju pripremiti hranu bez glutena za prijatelje s celijakijom, 8 roditelja djelomično ima takvo iskustvo, 51 roditelj nije bio u takvoj situaciji, a 1 roditelj nije dao procjenu za tvrdnju. 4 djece pokušava pomoći oboljelom djetetu prihvatiti nemogućnost konzumacije sve hrane, 12 ih to djelomično čini, 45 ih to ne čini, a 1 roditelj nije izvršio procjenu na danu tvrdnju. Prema procjeni roditelja, 22 djece ne bi obavijestilo odgajatelja u slučaju pogoršanja stanja kod oboljelog djeteta, 20 bi to djelomično učinilo, dok bi 20 djece odmah potražilo odgajatelja.

**Tablica 6** – procjena roditelja o upoznatosti djece s kroničnim bolestima vršnjaka

VARIJABLA	PROCJENA 1	PROCJENA 2	PROCJENA 3	NEMA PROCJENE
UPOZNATOST	25	25	12	/
ODG OBJASNILI	20	25	16	1
EDUKACIJA	37	21	4	/
EPI	49	3	9	1
SVJETLA	46	14	1	1
POSPANOST	50	10	1	1
IGRAČKE	48	13	/	1
NE SMIJATI	22	25	14	1
NEZNANJE – EPI	28	11	23	/
AST	43	7	12	/
PUMPICA	41	10	11	/
TEŽE DISANJE	41	9	12	/
KAŠALJ	30	16	16	/
POTRAŽITI	41	11	10	/
NEZNANJE – AST	21	15	26	/
DMI	48	8	5	1
NE SLATKIŠI	38	17	6	1
DAVANJE INZULINA	46	10	5	1
HRABROST	31	21	9	1
POSEBNOST	45	15	1	1
NEZNANJE – DMI	24	14	23	1
CEL	51	7	3	1
NE KRUH	48	11	2	1
ZNAK	57	4	/	1
ROĐENDAN	51	8	2	1
POMOĆ	45	12	4	1
NEZNANJE – CEL	20	10	31	1
OBAVIJESTITI ODG	22	20	20	/

*Legenda: UPOZNATOST – upoznatost djeteta s kroničnim bolestima; ODG OBJASNILI – odgovajatelji su djetetu objasnili kronične bolesti; EDUKACIJA – djeca su bila educirana od strane stručnjaka; EPI – susret djeteta s djetetom oboljelim od epilepsije; SVJETLA – dijete zna da ne smije paliti i gasiti svjetla u prostoriji; POSPANOST – dijete zna da dijete s epilepsijom može biti pospano zbog lijeka; IGRAČKE – dijete će maknuti igračke iz blizine djeteta s epi-napadajem; NE SMIJATI – dijete se neće smijati djetetu u slučaju mokrenja ili defekacije prije kraju napadaja; NEZNANJE – EPI – dijete ne zna ništa o epilepsiji; AST – susret djeteta s djetetom oboljelim od astme; PUMPICA – dijete*



zna važnost pumpice; TEŽE DISANJE – dijete zna da dijete s astmom teže diše i da treba prilagoditi svoj ritam njegovome; KAŠALJ – djetetu nije čudno dok dijete s astmom kašlje tijekom smijanja; POTRAŽITI – dijete će potražiti pumpicu u slučaju astmatičnog napadaja oboljelog djeteta; NEZNANJE-AST – dijete ne zna ništa o astmi; DMI – susret djeteta s djetetom oboljelim od dijabetes melitusom tip I; NE SLATKIŠI – dijete zna da dijete s dijabetesom ne smije jesti slatkiše; DAVANJE INZULINA – djetetu je normalno vidjeti davanje inzulina oboljelom djetetu; HRABROST – dijete smatra da je dijete s dijabetesom hrabro jer mu svaki dan vade krv; POSEBNOST – dijete zna da dijete s dijabetesom smije samo u jednoj situaciji pojesti nešto slatko; NEZNANJE-DMI – dijete ne zna ništa o dijabetes melitusu tip I; CEL – susret djeteta s djetetom oboljelim od celijakije; NE KRUH – dijete zna da dijete s celijakijom ne smije jesti kruh kakav i ono; ZNAK - dijete prepoznaje međunarodni znak za bezglutensku prehranu; RODENDAN – dijete podsjeća roditelja da mora pripremiti hranu bez glutena za prijatelja s celijakijom; POMOĆ – dijete pomaže oboljelom djetetu prihvatiti stanje; NEZNANJE-CEL – dijete ne zna ništa o celijakiji; OBAVIJESTITI ODG – dijete obavještava odgajatelja u slučaju pogoršanja djetetovom stanja

U Tablici 7 su prikazani rezultati procjene zadovoljstva 10 roditelja djece oboljele od kroničnih bolesti s radom odgajatelja te pristupom vršnjaka prema njihovome djetetu. Nema značajnijih odstupanja.

**Tablica 7** – zadovoljstvo roditelja radom odgajatelja i pristupom vršnjaka

VARIJABLA	PROCJENA 1	PROCJENA 2	PROCJENA 3
SUSRETLJIVOST	/	1	9
EDUKACIJA ODG	/	2	8
ODG ZNANJE	/	3	7
ODG UVAŽAVAJU	/	1	9
PRISTANAK ZA TH	/	2	8
OZBILJNO	/	1	9
NIJE DISKRIM.	/	2	8
PRIJATELJI	/	2	8
ZADOVOLJSTVO ODG	/	1	9
ZADOVOLJSTVO DJECA	/	2	8

Legenda: SUSRETLJIVOST – susretljivost i profesionalna suradnja od strane odgajatelja; EDUKACIJA ODG – odgajatelji su educirali djecu svoje odgojne skupine o kroničnoj bolesti djeteta; ODG ZNANJE – odgajatelji posjeduju puno znanja o kroničnim bolestima; ODG UVAŽAVAJU – odgajatelji uvažavaju potrebe mog djeteta; PRISTANAK ZA TH – odgajatelji su pristali davati djetetu popisanu terapiju; OZBILJNO – odgajatelji ozbiljno pristupaju stanju oboljelog djeteta; NIJE DISKRIM. – dijete nije diskriminirano od strane vršnjaka; PRIJATELJI – dijete ima prijatelje koji mu pružaju pomoć i podršku; ZADOVOLJSTVO ODG – zadovoljstvo roditelja odnosom odgajatelja prema njihovom djetetu; ZADOVOLJSTVO DJECA – zadovoljstvo roditelja odnosom vršnjaka prema njihovom djetetu.

## 7. RASPRAVA

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju kako su odgajatelji upoznati s pojmom kroničnih bolesti. Vrlo mali broj njih, konkretno dvoje odgajatelja, boluje od neke kronične bolesti, stoga se ne može utvrditi eventualna povezanost bolovanja i većeg znanja u svezi jedne ili više kroničnih bolesti. Od 37 odgajatelja, njih 19 je tijekom svog radnog staža radilo s oboljelim djetetom, što govori u prilog činjenici kako je sve više djece oboljele od kroničnih bolesti. Nadalje, rijetko se pojavljuju odgajatelji koji ne smatraju kronične bolesti ozbiljnim stanjem. Gotovo svi nastoje ostvariti što je moguće bolju suradnju s roditeljima oboljelog djeteta, kao što su i spremni otići na dodatnu edukaciju kod stručnjaka vezano uz problematiku kroničnih bolesti. Naravno, postoje iznimke, ali uglavnom se radi o odgajateljima koji su iz nekog razloga samo djelomično spremni otići na edukaciju, ali kako istraživanje nije tražilo objašnjenje, ne može se znati zašto je tome tako.

Utvrđivanje poznavanja kroničnih bolesti iz istraživanja, dalo je rezultate koji se mogu poredati od najveće upoznatosti s nekom bolešću prema najmanjoj. Pokazalo se kako odgajatelji najviše znaju o epilepsiji, zatim o astmi, nakon čega dolazi do značajnog pada u upoznatosti s dijabetes melitusom tip I, a osobito malo upoznatosti imaju s celijakijom. Na to se nadovezuje iskustvo u radu s oboljelom djecom jer su odgajatelji najviše radili s djecom oboljelom od epilepsije, astme, vrlo malo s djecom oboljelom od celijakije, a najmanje iskustva imaju s oboljelima od dijabetes melitusa tip I. Jaramillo i Reznik (2015) u svom istraživanju dobivaju podatak kako je 320 odgajatelja imalo barem jedno dijete u skupini oboljelo od astme, što se poklapa s rezultatima ovog istraživanja, iako na znatno manjem uzorku (N=37).

Što se tiče literature, odgajatelji većinom čitaju literaturu vezanu uz epilepsiju, gotovo podjednako za astmu, značajnije manje za dijabetes melitus tip I i celijakiju. Najviše je odgajatelja išlo na dodatnu edukaciju vezanu uz astmu, značajno manje su pohađali edukativne programe o epilepsiji, da na edukaciju o dijabetes melitusu tip I i celijakiji nije išao ni jedan odgajatelj. U istraživanju Hsieh i Chiou (2001) o percepciji astme i epilepsije među odgajateljima, isto tako se utvrdilo kako odgajatelji puno više znaju i više se educiraju o astmi nego o epilepsiji.

Grupirani rezultati pokazuju kako je spremnost na davanje terapije oboljeloj djeci podjednaka za sve četiri kronične bolesti ispitane u anketnom upitniku. Primjetno je kako su odgajatelji nešto manje spremni dati terapiju djetetu oboljelom od epilepsije

nego djeci oboljeloj od preostalih kroničnih bolesti. Podjednaka je upoznatost s nuspojavama terapije za pojedinu kroničnu bolest, s naglaskom da većina nije dovoljno upoznata s nuspojavama terapije koju jesu ili nisu pristali davati oboljelome djetetu. U slučaju pojave bilo kakvog problema ili napadaja, svih 37 odgajatelja bi odmah o tome obavijestilo roditelje djeteta.

Prepoznavanje i poznavanje grand (veliki) mal i petit (mali) mal napadaja kod epilepsije podjednako je među odgajateljima, uz to da je jednak broj odgajatelja označio kako ne bi prepoznao ni jedan od navedenih napadaja. Nadalje, odgajatelji ne znaju što je to aura, konkretnije samo 4 od 37 zna o čemu se radi, što vodi zaključku da bi rijetko tko od njih prepoznao nagovještaj nadolazećeg epileptičkog napadaja i sukladno tome se pripremio. Fernandes i sur. (2007) su u svom istraživanju utvrdili kako je 79% odgajatelja vidjelo epileptički napadaj dok 19% njih nikada nije svjedočilo takvom napadaju. Iako je njihov uzorak ispitanika bio znatno veći (N=120), rezultati se ne poklapaju s rezultatima ovog istraživanja. U slučaju epileptičnog napadaja, odgajatelji pravilno reagiraju kad je u pitanju micanje predmeta koji bi mogli ozlijediti dijete. Mali broj njih, tek troje, to ne bi znalo učiniti. 13 odgajatelja bi djetetu stavilo olovku u usta radi sprječavanja zagriža jezika, iako to može završiti kao po život opasan postupak. Većina ne bi tako postupila, no zabrinjavajuće je što je razlika, između onih koji bi to učinili i ne bi, premala, a i dosta je onih koji nisu sigurni što bi u tom slučaju. Uz to, većinski bi dio odgajatelja držao dijete za vrijeme toničko-kloničkih grčeva. Prema svemu navedenome vidljivo je kako bi se uglavnom svi odgajatelji uspješno snašli u slučaju pojave epileptičnog napadaja, što se poklapa s rezultatima istraživanja autora Hsieh i Chiou (2001).

Odgajatelji znaju kako je astma uglavnom izazvana alergijskim pokretačima, stoga nastoje izbjegavati izloženost djeteta alergenima, iako dvoje njih to ne čini zbog nedovoljnog znanja. Pokazalo se i kako su odgajatelji dobro upoznati s činjenicama kao što su otežano disanje prilikom trčanja, kašljanje za vrijeme intenzivnijeg smijanja. Većina je ispitanika spremna provoditi vježbe disanja s djetetom oboljelim od astme, nekima je možda potreban poticaj za to, međutim sedam odgajatelja nije spremno provesti vježbe iz nepoznatog razloga. Odgajatelji uglavnom prepoznaju astmatski napadaj, iako su u blagoj prednosti oni koji samo djelomično prepoznaju njegovu pojavu. Na to se nadovezuju rezultati koji pokazuju kako je podjednako znanje i neznanje o duljini trajanja napadaja. Gotovo su svi odgajatelji svjesni da se tijekom napadaja dijete guši i prestrašeno je te da se čuje

glasno zviždanje u dišnim putovima zbog otežanog protoka zraka. Vrlo je mali broj ispitanika koji nisu upoznati s navedenim činjenicama. Uz to, odgajatelji su znatno više spremni dati djetetu propisanu terapiju u slučaju napadaja astme nego što je to slučaj kod epilepsije i dijabetes melitusa tip I, kod kojih je vidljivo značajnije odbijanje ili nesigurnost prema tom postupku. Kao što je vidljivo iz rezultata, većina se odgajatelja dobro snalazi u slučajevima astmatskog napadaja, što nije u skladu s istraživanjem Jaramillo i Reznik (2015) koji su utvrdili kako odgajatelji imaju nisko samopouzdanje u nošenju s astmatskim napadajem, odnosno osjećaju strah prema medicinskim intervencijama koje moraju poduzeti u tom slučaju.

Odgajatelji koji nisu svjesni važnosti provođenja ADA dijete kod djece oboljele od dijabetes melitusa tip I, u blagoj su prednosti pred onima koji imaju svijest o njezinoj važnosti. Većina njih ipak smatra kako nije u redu djetetu s dijabetesom davati slatkiše, osobito one s visokom razinom šećera u sastojcima. Nadalje, broj odgajatelja koji jesu i nisu spremni na mjerenje razine šećera u krvi kreće se u maloj prednosti prema onima koji nisu spremni na taj korak. Pokazalo se i da većina odgajatelja ne zna kako se mjesta davanja inzulina moraju mijenjati, kao što ni ne znaju da je djetetu oboljelom od dijabetesa potrebno dati dodatne ugljikohidrate (tipa jabuka) u slučajevima većih tjelesnih napora. Odgajatelji znaju što je to hipoglikemija, ali je i dalje velik broj onih koji to samo djelomično znaju. Iako bi većina njih u tom slučaju odmah dala djetetu nešto slatko za pojesti/popiti, ipak je prevelik broj onih koji su djelomično spremni na taj korak, a osmero njih to uopće ne bi učinilo. Najviše su zabrinjavajući rezultati koji utvrđuju kako samo troje odgajatelja zna da u slučajevima kada nisu sigurni je li riječ o hiperglikemiji ili hipoglikemiji, uvijek postupaju kao da je hipoglikemija jer pogreške u tom slučaju mogu biti kobne po život djeteta. 24 odgajatelja od njih 37 to ne zna, a 10 njih je djelomično svjesno te činjenice, odnosno nisu sigurni što bi učinili u tom slučaju. Kad se ovi rezultati usporede s upoznatošću odgajatelja s astmom i epilepsijom, očito je kako odgajatelji posjeduju jako malo znanja o dijabetes melitusu tip I, osobito o njegovim po život opasnim komplikacijama.

Utvrđilo se kako odgajatelji jednako znaju koje namirnice sadrže gluten te kakve su posljedice ako dijete s celijakijom konzumira takvu hranu, no ipak više odgajatelja nije upoznato s posljedicama uzimanja glutena nego što ne znaju namirnice bogate tom bjelančevinastom tvari. Iznenadujuće je što većina odgajatelja ne zna koji je međunarodni znak za bezglutensku hranu, no to se može povezati s brojem

odgajatelja koji uopće ne znaju što je to celijakija. Ako ne znaju o kojoj se bolesti radi, onda vrlo vjerojatno neće ni znati koji se znak povezuje s njome. Većina ispitanika razumije neophodnost održavanja stroge dijeta bez glutena, iako je 9 odgajatelja od njih 37, velik broj onih koji to ne znaju i ne razumiju. Iznimnu odgovornost i svjesnost pokazali su rezultati u kojima se ni jedan odgajatelj nije složio da je u redu kontaminirati bezglutenski kruh s onim koji ima gluten. Manji je broj onih koji se djelomično slažu s tim, no 29 odgajatelja od 37 je jako dobar rezultat. Samo troje odgajatelja zna što je to celijakična kriza, dok ostali nisu sigurni ili ne znaju. Unatoč tom neznanju, većina bi ipak ispravno postupila u slučaju pogoršanja stanja, iako njih 8 ne bi pozvalo roditelje i liječnika iako dijete intenzivno povraća, ima obilne stolice, na neki način samo što nije kolabiralo. Odgajatelji se trude pomoći oboljelom djetetu prihvatiti njegovo stanje. Postoje i oni koji to ne čine, ali tu se može uzeti u obzir kako neki odgajatelji ne znaju o kojoj je bolesti riječ, kao što ni nisu imali priliku raditi s oboljelim djetetom, što je opravdan razlog zbog kojeg nisu naveli da pružaju pomoć djetetu, jer nema djeteta kojem bi pomagali. Dan bezglutenske hrane organizira jako malo odgajatelja, i kad te rezultate usporedimo s brojem onih koji su radili s djecom oboljelom od celijakije, vidljivo je da je ta brojka manja samo za 1. Iz svega navedenog, jasno je kako odgajatelji, od svih prethodno navedenih kroničnih bolesti, najmanje znanja i upoznatosti imaju s celijakijom.

Rezultati procjene odgajatelja o upoznatosti djece iz njihovih odgojnih skupina s kroničnim bolestima, pokazuju kako su djeca najviše upoznata s astmom, pa epilepsijom, znatno manje s celijakijom, a najmanje s dijabetes melitusom tip I. Najveća su podrška oboljelima od epilepsije i astme, a vrlo mala oboljeloj djeci od dijabetes melitusa i celijakije. Ovi rezultati mogu biti povezani s činjenicom da u skupini možda ne postoji i nikada do sad nije postojalo dijete s kroničnom bolešću. Odgajatelji smatraju da njihova djeca ne bi ignorirala stanje oboljelog djeteta kad bi ga bilo.

Djeca predškolske dobi nisu upoznata s kroničnim bolestima. Mali je broj upoznate djece, konkretnije od 62 roditelja samo 12 ih je navelo kako je educiralo svoje dijete o nekoj kroničnoj bolesti. Vidljivo je kako roditelji iskazuju podjednako needuciranje, djelomično i potpuno educiranje djece od strane odgajatelja. Prema rezultatima, djeci u vrtiću edukativne sadržaje nikada nije prenosio stručnjak za kronične bolesti.

Usporedno gledajući rezultate, pokazalo se kako se najmanje djece susrelo s djetetom oboljelim od celijakije, zatim s oboljelima od dijabetes melitusa tip I, nešto malo više iskustva imaju s oboljelom djecom od epilepsije, dok su najviše susreta imali s oboljelima od astme. Što se tiče djece koja nisu imala susret, rezultati su vrlo bliski za sve četiri kronične bolesti. Hijerarhijski poredano, djeca su najmanje upoznata s celijakijom i dijabetes melitusom, zatim s epilepsijom, a najviše s astmom, što se i podudara s procjenom odgajatelja. Zanimljivo je kako je od 62 roditelja, 22 smatraju kako njihovo dijete ne bi potražilo odgajatelja u slučaju pogoršanja stanja oboljelog djeteta, 20 roditelja nije sigurno, a samo 20 njih smatra kako bi njihovo dijete odmah potražilo pomoć odgajatelja.

Rezultati su pokazali kako djeca ne znaju da ne smiju paliti i gasiti svjetla u istoj prostoriji s djetetom oboljelim od epilepsije. Ne znaju ni da su oboljeli često pospani zbog uzimanja nužne terapije. Samo jedno dijete zna ovo navedeno, i to bi moglo biti dijete koje samo boluje od kronične bolesti, s obzirom na činjenicu da je u istraživanju sudjelovalo 10-ero roditelja djece s kroničnim bolestima. Pokazalo se da djeca ne bi maknula igračke kad bi se pojavio napadaj. Nema ni jednog djeteta koje bi to učinilo. Većina se djece ne bi smijala nakon što bi se oboljelo dijete pomokrilo ili defeciralo pri kraju napadaja, iako neki roditelji navode da je takva reakcija djelomično točna za njihovo dijete, a neki su sigurni da bi se njihovo dijete rugalo oboljelome.

Većinom djeca ne znaju važnost pumpice za dijete oboljelo od astme. Nisu upoznata s činjenicom da oboljelo dijete teže diše i da ritam treba prilagođavati njegovome. Ipak, ima dosta djece koja su upoznata s navedenim karakteristikama oboljelih od astme. Većini djece predškolske dobi nije čudno ako dijete počne kašljati za vrijeme smijanja, iako ima i onih kojima je to neobično. U slučaju astmatskog napadaja, većina neće potražiti pumpicu i dodati je oboljelom djetetu, ali dosta njih, čak 10 bi to učinilo. Prema ovim rezultatima, ako ih se usporedi s rezultatima vezanim uz epilepsiju, vidljivo je da su djeca znatno bolje upoznata s astmom i njezinim specifičnostima.

Djeca uglavnom ne znaju da oboljeli od dijabetesa ne smiju jesti slatkiše. Vrlo mali broj njih je educiran o tome. Većini djece nije normalno vidjeti davanje inzulina, tek nekolicini je to nešto uobičajeno. Polovica ispitanika smatra da njihovo dijete ne vidi dijete s dijabetesom kao hrabro jer dopušta da mu svaki dan vade krv. Ostali smatraju da se to djelomično odnosi na njihovo dijete, a jako mali broj njih se

slaže s tim. Samo jedno dijete zna da postoji jedna situacija u kojoj dijete s dijabetesom smije pojesti nešto slatko, dok ostala djeca nemaju znanje o tome. Temeljem ovih rezultata može se zaključiti da djeca malo znaju o dijabetesu, a razlog tome može biti i činjenica kako se jako malo djece susrelo s oboljelim djetetom od te kronične bolesti.

Dvoje djece zna da dijete s celijakijom ne smije jesti kruh kakav i ona, dok ostala djeca nemaju tu informaciju. Međunarodni znak za bezglutensku hranu je nepoznat djeci u toj mjeri da nema ni jedno dijete koje bi ga prepoznalo. Zanimljivo je što postoji dvoje djece koje traži od svojih roditelja na svojoj rođendanskoj proslavi da pripreme posebnu hranu za oboljelog prijatelja. Ostali roditelji nisu naišli na takve zahtjeve od strane svoje djece. Djeca nisu pomoć oboljelom djetetu u prihvaćanju novog režima prehrane, tek je četvero njih angažirano oko toga. Mogući razlog ovim rezultatima je nepostojanje prilika za susret s oboljelima od celijakije.

Rezultati koji su pokazali barem malu upoznatost djece s navedenim kroničnim bolestima mogu biti povezani sa sudjelovanjem 16-ero roditelja u istraživanju, koji su naveli kako njihovo dijete ima prijatelja oboljelog od kronične bolesti, dok 10-ero roditelja ima oboljelo dijete. Znanje koje dijete ima o nekoj kroničnoj bolesti vrlo vjerojatno je povezano s poznavanjem nekog tko boluje od te bolesti ili je samo dijete oboljeli.

Istraživanjem zadovoljstva roditelja djece s kroničnim bolestima utvrdilo se kako su zadovoljni s profesionalnošću i susretljivošću odgajatelja. Smatraju kako odgajatelji imaju znanje o kroničnim bolestima te da su se potrudili educirati drugu djecu iz skupine o stanju njihovog djeteta. Zadovoljni su odgajateljevim uvažavanjem djetetovih potreba i ozbiljnim pristupom bolesti, kao i činjenicom da su pristali davati propisanu terapiju. Pokazalo se kako vršnjaci ne diskriminiraju dijete, štoviše podrška su mu i pomoć, što je rezultiralo visokim zadovoljstvom roditelja s odnosom druge djece prema njihovome djetetu.

## 8. ZAKLJUČAK

Ovim se istraživanjem utvrdilo kako su odgajatelji upoznati s pojmom kroničnih bolesti te da smatraju kronične bolesti ozbiljnim stanjem koje zahtjeva njihovu pozornost i profesionalnost. Pokazalo se kako su odgajatelji najbolje upoznati s astmom, zatim epilepsijom, pa dijabetes melitusom tip I, a najmanje s celijakijom. Kad se uspoređi i vlastita inicijativa odgajatelja za čitanje stručne i provjerene literature o navedenim kroničnim bolestima, vidljivo je kako najviše čitaju o epilepsiji i astmi, a o dijabetes melitusu tip I i celijakiji gotovo da i ne čitaju. Razlog takvoj hijerarhiji kroničnih bolesti, kad se radi o čitanju literature, vjerojatno leži u tome što je malo odgajatelja tijekom svog radnog staža imalo priliku raditi s djetetom oboljelim od celijakije ili dijabetes melitusa tip I, dok ih je nešto više radilo s oboljelima od epilepsije i astme, iako se i dalje ne radi o velikome broju, što može biti posljedica nedovoljno velikog uzorka ispitanika. U vidu komplikacija i napadaja bolesti koji mogu biti po život opasni, odgajatelji bi koliko toliko dobro postupili, osim stavljanjem olovke u usta ili držanjem djeteta kod epileptičkog napadaja te kod nesigurnosti je li hiperglikemija ili hipoglikemija, kao komplikacije dijabetes melitusa tip I.

Kako bi odgajatelji ipak trebali posjedovati višu razinu znanja o kroničnim bolestima, osobito o intervencijama koje zahtijevaju njihove komplikacije, ovim istraživanjem nije potvrđena hipoteza kako odgajatelji u dječjim vrtićima posjeduju primjereno znanje o kroničnim bolestima i intervencijama koje iziskuju.

Istraživanje je pokazalo kako djeca predškolske dobi nisu ili samo djelomično jesu upoznata s kroničnim bolestima. Malo je djece imalo iskustva sa oboljelom djecom. Najviše djece poznaje dijete s astmom, nešto manje s epilepsijom, znatno manje s dijabetes melitusom tip I, a najmanje s celijakijom. Rezultati pokazuju kako djeca predškolske dobi nisu upoznata ni s epilepsijom, ni s dijabetes melitusom, kao niti s celijakijom. Iako ne mnogo, nešto je djece upoznato s astmom, što je povezano i s iskustvom djece s oboljelima od te bolesti. Prema ovim nalazima, potvrđena je hipoteza kako djeca predškolske dobi nisu dovoljno upoznata s kroničnim bolestima vršnjaka.

Nedostatak istraživanja je iznimno mali uzorak odgajatelja i roditelja djece predškolske dobi, kao i činjenica da su u ispitivanju sudjelovali odgajatelji iz dječjih vrtića gdje nema zaposlenog medicinskog djelatnika, odnosno medicinske sestre. Iz



tog razloga, rezultati ne moraju biti pokazatelj stvarnog stanja, već odraz slučajnosti. Iako na malom uzorku, rezultati ukazuju na potrebu kvalitetne edukacije odgajatelja o kroničnim bolestima. Potrebno je krenuti s edukacijom još na fakultetu, tijekom obrazovanja, za što postoji kolegij Zaštita zdravlja i njega predškolskog djeteta, no kako je kolegij na prvoj godini, a ono što se dovoljno ne upotrebljava se zaboravlja, nužno je krenuti s edukacijom zaposlenih odgajatelja koji će ili već rade s oboljelim djetetom. Osim toga, istraživanje ukazuje na potrebu educiranja djece predškolske dobi o kroničnim bolestima vršnjaka na njima primjeren način. Kako je sve više djece oboljele od kroničnih bolesti koja borave u dječjim vrtićima, za uspješnu integraciju i ugodan život djeteta u odgojnoj skupini, prije svega je potrebno dobro upoznati ostalu djecu sa stanjem djeteta, jer što više znaju o nečem, to djeca pokazuju više razumijevanja i empatije.

Kako bi buduća istraživanja na tu problematiku bila pouzdanija, potrebno je imati znatno veći uzorak ispitanika, kao što bi i bilo dobro da u istraživanju sudjeluje više dječjih vrtića koji se razlikuju po tome imaju li zaposlenu medicinsku sestru ili ne, što nudi mogućnost usporedbe upoznatosti odgajatelja i djece ovisno o tome imaju li zdravstvenog djelatnika pri ruci ili ne.

## LITERATURA

1. Banac, S. (2012). Prevencija astme. U J. Grgurić (Ur.), *XIII. Simpozij preventivne pedijatrije – Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece* (11-14). Zagreb: Quo Vadis d.o.o.
2. Barišić, N. (2012). Prevencija epilepsija. U J. Grgurić (Ur.), *XIII. Simpozij preventivne pedijatrije – Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece* (25-30). Zagreb: Quo Vadis d.o.o.
3. Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
4. Brajša-Žganec, A. i Slunjski, E. (2007). Socioemocionalni razvoj u predškolskoj dobi: povezanost razumijevanja emocija i prosocijalnog ponašanja. *Društvena istraživanja*, 16 (3), 477-496.
5. Cullen, K., Knowles, J., Price, K. i Waldron, S. (2009). Diabetes education in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*, 10 (12), 51-57.
6. Dumić, M. (2003). Dijabetes melitus. U G. Krznarić-Vohalski (Ur.), *Pedijatrija* (str. 621-633). Zagreb: Školska knjiga.
7. Dumić, M. i Mardešić, D. (2003). Rast i razvoj. U G. Krznarić-Vohalski (Ur.), *Pedijatrija* (str. 25-47). Zagreb: Školska knjiga.
8. Fernandes, P.T., Norohna, A.L.A., Araujo, U., Cabral, P., Pataro, R., Boer, H.M., Prilipko, L. i Sander, J. W. (lipanj, 2007). *Teachers perception about epilepsy*. (*Arquivos de Neuro-Psiquiatria*), preuzeto 16. ožujka 2016. iz mrežnog odredišta:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2007001000005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2007001000005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
9. Grgurić, J. (2012). Holistički pristup djetetu s kroničnom bolešću. U J. Grgurić (Ur.), *XIII. Simpozij preventivne pedijatrije – Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece* (5-10). Zagreb: Quo Vadis d.o.o.
10. Hsieh, L.P. i Chiou, H. H. (2001). Comparison of Epilepsy and Asthma Perception Among Preschool Teachers in Taiwan. *Epilepsia*, 42 (5), str. 647-650.
11. Jaramillo, Y. i Reznik, M. (01. siječnja 2015). *Do United States` teachers and adhere to the National guidelines on asthma manangement in the classroom?*

(*The Scientific World Journal*) preuzeto 16. ožujka 2016. iz mrežnog odredišta:

<http://www.hindawi.com/journals/tswj/2015/624828/>

12. Juul, J. (2006). *Obitelj s kronično bolesnom djecom*. Zagreb: Naklada Pelago.
13. Kačić, M. i Mardešić, D. (2003). Sindrom malapsorpcije. U G. Krznarić-Vohalski (Ur.), *Pedijatrija* (str. 850-856). Zagreb: Školska knjiga.
14. Knez, R., Ružić, K., Nikšić, M. i Peršić, M. (2011). Kvaliteta života djece oboljele od celijakije i utjecaj bolesti na cijelu obitelj. *Medicina Fluminensis*, 47 (1), 48-52.
15. Kramer, G. (2009). Česti oblici napadaja. U K. Matešić (Ur.), *Dijagnoza epilepsija* (str. 37-51). Jastrebarsko: NAKLADA SLAP.
16. Kramer, G. (2009). Život s epilepsijom. U K. Matešić (Ur.), *Dijagnoza epilepsija* (str. 111-142). Jastrebarsko: NAKLADA SLAP.
17. Mardešić, D. (2003). Bronhalna astma. U G. Krznarić-Vohalski (Ur.), *Pedijatrija* (str. 421-435). Zagreb: Školska knjiga.
18. Mišak, Z. (2012). Celijakija – primarna, sekundarna i tercijarna prevencija. U J. Grgurić (Ur.), *XIII. Simpozij preventivne pedijatrije – Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece* (64-70). Zagreb: Quo Vadis d.o.o.
19. Pop-Jordanova, N., Fustić, S. i Zorčec, T. (2008). Kronične bolesti u djece i adolescenata – neke psihološke karakteristike. *Paediatrica Croatica*, 52 (2), 71-76.
20. Raić, F. i Voltava-Raić, A. (2002). Glutenska enteropatija (celijakija). U A. Pavičić (Ur.), *Pedijatrijska gastroenterologija* (str. 162-169). Zagreb: Naklada Ljevak.
21. Starčević Čizmarević, N., Mijandrušić-Sinčić, B., Licul, V., Kapović, M. i Ristić, S. (2015). Geni i celijakija. *Paediatrica Croatica*, 59 (2), 88-94
22. Stipančić, G. (2012). Prevencija tip I šećerne bolesti. U J. Grgurić (Ur.), *XIII. Simpozij preventivne pedijatrije – Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece* (43-50). Zagreb: Quo Vadis d.o.o.
23. Škarpa, D. (2003). Epilepsije. U G. Krznarić-Vohalski (Ur.), *Pedijatrija* (str. 973-997). Zagreb: Školska knjiga.
24. Vujić Šisler, Lj. i Vučemilović, Lj. (2009). *Trebam tvoju pomoć*. Zagreb: Hrvatska udruga medicinskih sestara. Podružnica medicinskih sestara dječjih vrtića grada Zagreba.

## Kratka bibliografska bilješka

Moje je ime Lidija Fotez i rođena sam 13. rujna 1994. godine u Varaždinu. Živim u omanjem selu Dubravec, koji spada pod Općinu Klenovnik u kojoj sam pohađala i završila Osnovnu školu grofa Janka Draškovića Klenovnik.

Po završetku osnovnoškolskog obrazovanja, 2009. godine upisala sam Medicinsku školu Varaždin, smjer medicinska sestra/medicinski tehničar. Bilo je to vrlo lijepo i poučno razdoblje u mom životu, koje je imalo snažan utjecaj na mene kao osobu i na moj moralni razvoj. Sva četiri razreda, završila sam s odličnim uspjehom, da bih na kraju završetka srednjoškolskog obrazovanja bila proglašena učenicom generacije 2009./2013. zbog odličnog uspjeha, iznimnih rezultata i prijateljskih odnosa, što je za mene bila i još uvijek je velika čast. Iste godine kako sam završila srednju školu, upisala sam Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, odsjek Čakovec, smjer Rani i predškolski odgoj i obrazovanje. Motivaciju za promjenu profesije pronašla sam radu s dječakom predškolske dobi koji je boravio na odjelu pedijatrije kada sam obavljala propisane vježbe u bolnici.

U slobodno vrijeme bavim se mnogim aktivnostima, no izdvojila bih čitanje i pisanje. Volim čitati, jer mi uranjanje u druge svjetove predstavlja izrazito zadovoljstvo. Od svih književnih razdoblja, obožavam ruski realizam u kojem je djelovao i moj omiljeni pisac Fjodor Mihajlovič Dostojevski. Kad bih mogla upoznati bilo koga iz povijesti, to bi zasigurno bio veliki Dostojevski.

Svaki slobodni trenutak koristim za pisanje koje je velik dio moje osobnosti, s obzirom da je postati piscem moj neostvaren san. U početku sam pisala kratke priče s tragičnim krajem, s obzirom na vlastitu filozofiju kako je glupost da bajke uvijek moraju biti sretno. Smatram da itekako mogu biti tužne. Danas pišem novele u kojima su glavni junaci likovi koji možda dobe sretan kraj, ali izađu toliko emocionalno oštećeni, naviknuti na odricanja i patnju da im sreća ne predstavlja zadovoljstvo. Nastojim da u mojim novelama uvijek ostane trag tuge koji oblikuje pojedinca, navodi ga da izabere hoće li ostati čovjekom ili će postati čudovištem.

Postoji još mnogo toga što zaokupljuje moje misli, i vjerujem da će mi to jednog dana koristiti u radu. Sada su iza mene tri godine inicijalnog obrazovanja, očekuju me još dodatne dvije godine diplomskog studija, a nakon toga, tko zna. Znam da se veselim budućem radu u profesiji i iskreno se nadam da ću jednog dana postati dovoljno dobar odgajatelj profesionalac i stručnjak, no prije svega uvijek čovjek.